

傷病手当金の受給に係る誓約書

私は、傷病手当金の請求にあたり、次のとおり誓約いたします。

1 公的年金との支給調整について

今後、同じ傷病により障害厚生年金、障害基礎年金、障害手当金、又は老齢厚生年金等の公的年金を受給することとなった場合は、速やかに年金証書等の写しによって年金額を共済組合にお知らせします。

また、地方公務員等共済組合法第68条第6項から同条第8項までの規定に基づき傷病手当金の支給額が調整された結果、既に給付されている傷病手当金を返戻する必要があるときは、振込手数料を含め返納金額を直ちに返還いたします。

2 医療機関に対する照会について

傷病手当金の支給要件の審査にあたって必要が生じた場合には、東京都職員共済組合が医療機関等に対して、私の個人情報の照会を行うことについて了承いたします。

3 公務災害認定申請を行った場合の傷病手当金の取扱いについて

公務災害認定請求を同時に行っている場合には、公務災害補償基金の認定判断が成されるまで、傷病手当金の支給・不支給の決定が留保されることについて了承いたします。また、傷病手当金受給後に、遡って公務災害認定の申請を行い、同一傷病で認定を受けた場合には、速やかに東京都職員共済組合に連絡し、振込手数料を含め、受給した傷病手当金を全額返還いたします。

年 月 日

東京都職員共済組合理事長 殿

〒
組合員 住所

氏名

印

* 組合員の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。