

誓約書兼同意書

令和 年 月 日

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者 _____ は、和歌山県後期高齢者医療広域連合医療に関する条例及び同施行規則に基づき提出した、後期高齢者医療傷病手当金支給申請書及び添付書類（以下「申請書類等」という。）の記載内容が事実であることを誓約します。

和歌山県後期高齢者医療広域連合及び該当市町村の職員が、申請書類等に記載されている事実（診療行為、療養内容、勤務状況、給与等の支払状況等）を確認するため申請書類等の提供等によって、医療機関、事業主に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

住 所 _____

氏 名 _____

⑩ _____