

公立学校共済組合傷病手当金及び 傷病手当金附加金受給に係る確約書

令和 年 月 日から、公立学校共済組合茨城支部から私に支給される（されている）傷病手当金及び傷病手当金附加金について、下記のことを確認し、異議のないことを、書面をもって申し立てます。

記

- 1 老齢厚生（退職共済）年金、障害厚生（共済）年金、障害基礎年金、障害手当金（一時金）、出産手当金、傷病補償年金及び傷病補償一時金（以下「障害厚生年金等」という。）の支給を受けることとなったときは、前もって必ずその内容を文書により申し出ます。
- 2 障害厚生年金等の支給を受けることとなったときは、地方公務員等共済組合法第68条第6項、第7項、第8項、第10項及び第11項の規定に基づき、すでに支給された傷病手当金及び傷病手当金附加金の全部又は一部を、返還することに異議ありません。

令和 年 月 日

公立学校共済組合茨城支部長 殿

所属所名
受給権者 住 所
氏 名