

傷病手当金に係る誓約書

私は次のとおり誓約します。

1. 医療機関等への照会について

傷病手当金の支給業務に当たり必要が生じた場合に、公立学校共済組合東京支部が医療機関等へ個人情報の照会を行うことを了承します。

2. 年金支払機関への照会について

傷病手当金の支給業務に当たり必要が生じた場合に、公立学校共済組合東京支部が年金支払機関へ公的年金等（※）の支給状況の照会を行うことを了承します。

また、公的年金等（※）を新たに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を提出することによってお知らせします。

（※）同じ傷病による障害厚生年金、障害基礎年金、障害手当金、又は老齢厚生年金等

3. 退職後の傷病手当金について

退職後に勤務できるようになった場合は速やかに公立学校共済組合東京支部に連絡します。また、被扶養者となる場合は、加入先の保険者に傷病手当金が支給されていること及びその金額を申告します。

4. 返還について

年金等の受給や公務災害等が認定された場合、退職後に勤務できるようになった等により、既に給付されている傷病手当金を返還する必要があるときは直ちに返還します。

年 月 日

公立学校共済組合東京支部長 殿

氏名