

合 意 書

熊本県自動車販売店健康保険組合
理事長 殿

私、氏名_____ が自動車販売店健康保険組合より傷病手当金の受給にあたり、労働者災害保険や公的年金など他の保険給付への請求を行い受給することになった場合は、自動車販売店健康保険組合へ速やかにこの事実を報告し、保険給付の受領金ならびその内訳等の各種情報についての照会に対し情報提供をすることに合意します。

また、傷病手当金を受給した後に障害年金等他の保険給付の決定を受けて受給した場合、既に受給した健康保険における傷病手当金を速やかに返還いたします。

令和 年 月 日

被保険者 記号・番号 —

住 所

氏 名 印