

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 _____

⑥ _____