

念 書

障害厚生年金又は老齢厚生年金の受給権が発生したことにより、傷病手当金に過払いが発生した時は、貴健康保険組合に返還することを約束いたします。

埼玉県金属加工健康保険組合理事長 様

年 月 日

保険証の記号 _____ 番号 _____

基礎年金番号 _____

住所 _____

氏名 _____ 印