

# 誓 約 書

別添の国民健康保険被保険者資格喪失届（様式第2号）のとおり資格を喪失したいのでお届け致します。尚、被保険者証はのために返還できませんが、資格喪失後の医療費が発生した場合には、私はその費用を負担し、貴国保組合にご迷惑をかけないことを誓約致します。

平成 年 月 日

住 所  
組合員又は代理人  
氏 名

印

愛知建連国民健康保険組合支部長 殿