

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**紛失**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、私とその費用を負担し、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 22年 4 月 20日

住 所 名古屋市北区清水五丁目6番9号
組合員又は代理者
氏 名 国保 一 郎 印

愛知建連国民健康保険組合支部長 殿