

様式第1号（第12条関係）

誓 約 書

記号・番号	被保険者証の 種 別	資格喪失 被保険者氏名	返還できない理由
01-			

年 月 日付けの松江市国民健康保険の被保険者資格喪失に当たり、資格喪失届に添えて被保険者証を返還することができないので、下記のとおり誓約します。

記

- 1 資格喪失した被保険者証は使用しないで速やかに返還する。
- 2 紛失等により返還できないときは、被保険者証に起因する一切の事故について損害補償を含めたすべての責任を負う。

年 月 日

(あて先) 松江市長

住所

世帯主

氏名

電話

届出人