

◎医療機関に受診していない場合でも提出してください

資格喪失後受診に係る支払誓約書

この度、資格喪失となった下記被保険者が、資格喪失日以降に保険給付を受けた場合は、保険給付対象外となりますので、国民健康保険法第65条の規定により、第1種組合員である私が、保険給付額の限度において貴国民健康保険組合に納付することを書面をもって誓約いたします。

令和 年 月 日（届出日）

〒 ー

住所
第1種組合員
(医師)

氏名

印

電話番号（ ） ー

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

記

被保険者証の記号番号	宮医 A
被保険者氏名	
第1種組合員との続柄	
資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日
資格喪失届書届出年月日	令和 年 月 日

※当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。 DL