

## 資格喪失後の受診について

この度、資格喪失届を出した下記被保険者が、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。

平成 年 月 日

〒

住所

第1種組合員

氏名

印

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 年 月 日
資格喪失届書届出年月日	平成 年 月 日

※ 当組合は、この誓約書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。

D L