

# 誓 約 書

被保険者証（浴国 号）紛失のため返納できませんが、資格喪失後の受診並びに第三者の不正使用があった場合は、責任をもって損害賠償することを誓約いたします。

令和 年 月 日

（本人）

住 所

氏 名

（世帯主）

住 所

氏 名

大阪府浴場国民健康保険組合 理事長 様