

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。

平成 年 月 日

（本人）

住 所 〒543-0071 大阪市天王寺区生玉町9-3

氏 名

浴場 花子

印

（世帯主）

住 所 〒543-0071 大阪市天王寺区生玉町9-3

氏 名

浴場 太郎

印

紛失された方のお名前をご記入ください。

紛失された方の世帯主のお名前をご記入ください。

大阪府浴場国民健康保険組合理事長 様