誓　約　書

私は、被保険者資格喪失届出のため、国民健康保険法第９条第９項及び国民健康保険法施行規則第１５条第２項により、被保険者証を添える事になりますが下記の理由のために返還・添付することができません。

資格喪失後において被保険者証等（各種証明書、特定健診受診券など）は、一切使用いたしません。

万一、医療費等により貴市に負担をかけた場合は、その責任を負う事を誓約いたします。

〔返　還　で　き　な　い　理　由〕

１．紛失　　２．持参するのを忘れた　　３．転出先に送った　　４．届いていない

５．その他（　　）

令和　　年　　月　　日

市川市長

被保険者証記号番号	市	

住所	
世帯主氏名	
届出人氏名	

〔被 保 険 者 証 等 を 返 還 で き な い 者〕

被保険者氏名	性別	生 年 月 日
	男・女	昭 ・ 平 ・ 令　　・　　・
	男・女	昭 ・ 平 ・ 令　　・　　・
	男・女	昭 ・ 平 ・ 令　　・　　・
	男・女	昭 ・ 平 ・ 令　　・　　・
	男・女	昭 ・ 平 ・ 令　　・　　・

備考