

資格喪失後に係る医療費返還に関する誓約書

この度、下記従業員の「**健康保険資格喪失届**」を提出するにあたり、別紙、「**健康保険被保険者証回収不能届 / 滅失届**」のとおり被保険者証を返還することができませんが、届書の受理をお願いいたします。

万一、貴組合に対し医療機関より、資格喪失後に係る医療費の請求がなされた場合には、当事業所が責任をもって、当該者に対し医療費の返還を勧告し、貴組合には一切のご迷惑をおかけしないことを誓約いたします。

記

被保険者(従業員)であった者の、

記号・番号 _____

氏名 _____

令和 年 月 日

伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 _____ (印)