

誓 約 書

私こと、任意継続被保険者_____は、下記の理由以外で
資格喪失する意思のないことを約します。

記

1. 資格情報のお知らせに記載された有効期限を過ぎたとき（期間満了）
2. 被保険者が死亡したとき
3. 他の健康保険の被保険者資格を取得したとき(国民健康保険を除く)
4. 保険料が納付期限までに納付されなかったとき

令和 年 月 日

任意継続被保険者 住所

氏名

㊞