

(資第2号様式)

念 書

氏名 _____ 氏名 _____

氏名 _____ 氏名 _____

上記の者の沖縄県医師国民健康保険組合 従業員組合員の資格取得にあたり、
下記条項を承諾いたします。

記

1. 従業員組合員の資格取得後の保険料の納入については私が責任を持つこと。
2. 従業員組合員の資格喪失後の被保険者証の回収は私の責務とすること。
3. 従業員組合員の勤務する医療機関における本人およびその世帯に属する被保険者の診療については、保険給付規則第10条（自家診療の制限）の規程によること。
4. その他規程された従業員組合員に係る一切の諸届については、私が責任をもって処理すること。

令和 年 月 日

医師組合員

〒

住 所 _____

病院名 _____

電 話 _____

氏 名 _____ (印)

沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿