

内容に同意の上、青文字の部分をご本人が
ご記入、捺印ください。

A4 サイズの用紙で印刷してください。

誓 約 書 【HP/R6.12】

私は、この度福岡県歯科医師国民健康保険組合加入にあたり、不当に福岡県
歯科医師国民健康保険組合被保険者規程に違反し迷惑をかけた場合は、その生
じた一切の費用を福岡県歯科医師国民健康保険組合に弁償することを誓約致し
ます。

勤務先の所在地住所、歯科医院名をご記入ください。

令和 6 年 12 月 1 日

勤務地 所在地住所 ×××市×××〇〇〇〇番

歯科医院名 太郎歯科医院

組合員 住 所 ×××市×××〇丁目〇番地

氏 名 国保組合 なな 印

組
国
合
保

電 話 092-123-XXXX

福岡県歯科医師国民健康保

加入するご本人の住所・氏名・電話番号の
ご記入とご捺印ください。

「注」勤務先に問い合わせる場合もご留意ください。