

同 意 書

私は、令和 年 月 日から後期高齢者医療制度の対象者となり、長崎県
医師国民健康保険組合の組合員資格を継続いたしません。下記の条件を承諾し、

「75歳未満の従業員組合員と、 75歳未満の従業員家族を残す」

ことに同意いたします。

記

【条件】

- 75歳未満の従業員組合員と75歳未満の従業員家族の保険料を私の
銀行口座から振替えて一括納入すること。
- 保険給付に関する不当利得等が発生した場合に、従業員組合員に代り、
組合に対し、支払責任を負うこと。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印