

誓 約 書

私は、福祉医療費受給資格について、及び医療費の過払いが発生した場合は、返納が生じることについて説明を受け、婚姻したとき（婚姻届出をしていないが、定期的な交流・生計同一等事実上婚姻関係と同等の場合も含む）や児童を監護していない等、受給資格がなくなった際はすみやかに届け出ることを約束します。

令和 年 月 日

受給者番号

住所

氏名