保険給付に係る納付誓約書

年　　　月　　　日

　伊達市長

住所

世帯主　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 私は、　　　　年　　月　　日付けで支給申請した | 特別療養費  療養費  高額療養費  出産育児一時金 | の額が確定した |

時は、国民健康保険法第６３条の２第３項により、これを未納の国民健康保険税に充てることを誓約します。