

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決済年月日	年 月 日

常務理事	事務長	担当	担当

任意継続被保険者

健康保険料・介護保険料還付請求書

請求者	氏名	健保 元気		続柄	本人
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 (日中の連絡先: 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇)			
	生年月日	(昭・平) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
被保険者であった者	氏名	健保 元気			
被保険者証の記号番号	記号	9999	番号	〇〇〇〇	
還付金の振込希望口座	〇〇〇 銀行		△△△ 本店		
	(銀行コード: ×××)		(支店コード: ××××)		
	普通	・その他()	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	
口座名義	フリガナ	ケンポ ゲンキ			
	氏名	健保 元気			
還付理由	<input checked="" type="radio"/> 1. 就職 2. 死亡 3. その他 (該当の項目に○印をつけてください)				

上記のとおり請求いたします。

受付年月日

令和 〇〇年 △△月 〇〇日 提出

三越伊勢丹健康保険組合 理事長 殿

※被保険者が死亡したため、相続人が前納保険料の還付を請求するときは、下記の書類を添付してご提出ください。

- イ) 被保険者であった者の死亡を明らかにすることができる書類
- ロ) 先順位の相続人であることを明らかにすることができる書類

健保組合記載欄			
還付対象期間	年 月分	～	年 月分まで
還付金額	円	一般保険料	円
		調整保険料	円
		介護保険料	円