

資格取得年月日	昭・平 令 年 月 日		常務理事	事務長	課 長	担当者
資格喪失年月日	昭 平 令 年 月 日					
還付決定額	円	健康保険料	円	一般保険料	円	
				調整保険料	円	
				保険料還付金	円	
				調整保険料還付金	円	
		介護保険料	円			
		介護保険料	円	介護保険料還付金	円	
前納保険料	円	健康保険料 (年 月分～ 年 月分) 円 平成 年 月 日 収納 介護保険料 (年 月分～ 年 月分) 円				

健康保険 任意継続保険料 還付請求書

被保険者証の記号・番号	第 号	氏名	昭・平・令 年 月 日
		生年月日	
還付金の振り込みを希望 するところ	銀行	本店 貯金通帳の口座番号	支店 ()
還付理由			
上記のとおり請求します。			
請求者	澁澤健康保険組合 理事長 殿	令和 年 月 日	
	〒 -	TEL	
	住所		
	氏名		印

※ (注意事項)

1. 請求者が相続人であるときは、被保険者であった者との関係を記入してください。
2. 被保険者が死亡したため、相続人が前納保険料を請求するときは、次の書類を添えて下さい。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。(例えば死亡診断書) 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。
3. 表題の上の部分は記入しないでください。