

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	〇〇〇〇	氏名	健保 太郎
	第〇〇〇〇-〇〇号		生年月日 昭平・令〇〇年〇〇月〇〇日
還付金の振り込みを希望 するところ	〇〇銀行 本店 貯金通帳の口座番号		
	〇〇支店 (〇〇〇〇〇〇〇〇)		
還付理由	他の健保に加入するため		
上記のとおり請求します。			
澁澤健康保険組合 理事長 殿		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
〒〇〇〇-〇〇〇〇		TEL 000-0000-0000	
請求者	住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇		
	氏名 健保 太郎		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。