

# 任意継続保険料還付請求書

記号・番号	199-	被保険者氏名	
請求事由 <small>※該当欄 □に チェックを記入</small>	<input type="checkbox"/> 再就職 : 健康保険の強制被保険者となった [添付書類] 就職先の健康保険証(写) または資格証明書・当組合保険証(本証)		
	<input type="checkbox"/> 本人死亡 : 被保険者が死亡した [添付書類] 死亡診断書および戸籍謄本(写可) ・当組合保険証(本証)		
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療に加入 [添付書類] 加入先の保険証(写) または資格証明書・当組合保険証(本証)		
上記事由により任意継続保険料の還付を請求致します。 令和      年      月      日  フリガナ .....  氏 名 _____ (印)      続柄 _____  〒      -  住 所 _____  TEL (      )      -			
還付金振込先※1 <small>(名義は請求者と同じ)</small>	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協	店番号	支店
		口座番号 (普通)	
喪失日	年      月      日	支払日	年      月      日
支払期間	年      月 ~	年      月	標準報酬月額 千円
還付額	円 (内訳) 一般	調整	介護

**●太枠内のみご記入ください。**

※1 請求者は、請求事由が本人死亡以外は被保険者となります。

※2 毎月15日を受付締切日とし、その月の月末に還付致します。それ以外の場合は翌月末の還付となります。

-----  
受付日付印

常務理事	事務長		担当