

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
還付決定額	円
前納保険料	円
前納納入月	年 月分 ~ 年 月分
任継資格取得	年 月 日
任継資格喪失	年 月 日

決裁欄	常務理事	事務長		担当者

健康保険任意継続保険料還付請求書

請求者	フリガナ ① 氏 名				② 昭平令 年 月 日生
	③ 住 所	〒 -			
被保険者 であった者	④ 氏 名				⑤ 昭平令 年 月 日生
⑥被保険者 記号-番号	記 号	6		番 号	
⑦ 還付金の振込み を希望するところ	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合			預金種別 普通・当座	
	金融機関番号			店番号	
	口座番号			口座名義 (フリガナ)	
⑧ 還 付 金 額					円
⑨ 還 付 理 由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 強制被保険者資格を取得したため ・ その他 () 				
⑩ 備 考					

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日提出

H.U.グループ健康保険組合理事長殿

(記入上の注意)

- ②、⑤、⑦、⑨は該当するものを○で囲んでください。
- 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、⑩に被保険者であった者との関係を記入し、次の書類を添えてください。
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