

受付年月日	年 月 日
同年月日	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	タチカワ タロウ		② 昭 平 令	〇〇 年 〇 月 〇 日生		
	氏名	立川 太郎					
	③ 住所	〒 123 - 4567 東京都〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇					
被保険者 であった者	④ 氏名	立川 太郎		⑤ 昭 平 令	〇〇 年 〇 月 〇 日生		
⑥被保険者 記号-番号	記号	6		番号	〇〇〇		
⑦ 還付金の振込み を希望するところ	〇〇〇		銀行 信用金庫 信用組合	〇〇	本店 支店		預金種別 普通当座
	金融機関番号		〇	〇	〇	〇	店番号 △ △ △
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		口座名義 (フリガナ)	タチカワ タロウ		
⑧ 還付金額	※健保記入欄						円
⑨ 還付理由	<input checked="" type="radio"/> 強制被保険者資格を取得したため <input type="radio"/> その他 ()						
⑩ 備考	〇〇年〇月〇日付で新しい会社に再就職することができました。 つきましては、新しい保険証のコピー添付するとともに、 納めた保険料の還付をお願いしたく、ご請求申し上げます。						

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)

1. ②、⑤、⑦、⑨は該当するものを○で囲んでください。
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