

| | |
|---------|-----------------|
| 還付決定額 | 円 |
| 前納保険料 | 円 |
| 前納納入月 | 令和 年 月分～令和 年 月分 |
| 任継資格取得日 | 令和 年 月 日 |
| 任継資格喪失日 | 令和 年 月 日 |

| | | | | |
|-------|----|---|---|---|
| 決裁 | | | | |
| 受付年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 伺年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 決裁年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

*上記枠内は記入しないで下さい。

健康保険任意継続保険料還付請求書

| | | | | | | | |
|---|------------------|------|------|----------|----------|----------|---|
| 請求者 | 氏名 | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | 〒 | | | | | |
| 被保険者であった者 | 氏名 | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者証号・番号 | 記号 | | 番号 | | | | |
| 還付金振込銀行 | 銀行 信用金庫 農協 | | | 本店 支店 | 普通 当座 | 口座 番号 | |
| 還付金額 | 円 | 還付理由 | | | | | |
| 備考 | | | | | | | |
| <p>上記のとおり請求いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿</p> | | | | | | | |

【記入上の注意】

受付日付印

- 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、「備考」欄に記入して下さい
- 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、次の書類を添えて下さい
 - 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。
 - 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。