

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
同年月日	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。

記入例

健康保険任意継続保険料還付請求書

請求者	氏名	健保慎之介	生年月日	昭利・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇市〇〇 △丁目△△番地△号		
被保険者であった者	氏名	健保慎之介	生年月日	昭利・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
被保険者証 記号・番号	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇
還付金 振込銀行	みずほ 銀行 信用金庫 東青梅 本店 支店 普通 当座 口座番号 1234567			
還付金額	円	還付理由	健康保険加入事業所に就職したため	
備考	上記のとおり請求いたします。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿			

【記入上の注意】

受付日付印

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、「備考」欄に記入して下さい
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、次の書類を添えて下さい。
 - ①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。
 - ②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。