秘	厳秘情報 複製禁止

支給決定伺

決 日

記入例

	関係者	担当者	回収年月日	受付年月日	登録確認

健康保険組合記入欄です

適用標準報酬月額						円 円 円
還付対象期間	令和 年 ～ 令和 年 月 日	ヶ月分	払期間	2．前納6ヶ月 3．毎月支払い	支払方法	1．銀行口座振替 2．コンビニ払い

被保険者保険料還付申請書

令和××年 4月 1日

中電健保の記号・番号

ご記入ください。

被保険者証	記号 9000 番号 56789	住所	〒461－0005 名古屋市東区東桜2丁目6番30号
（ふりがな）被保険者氏名	ちゅうでん はなこ 中電 花子 昭和20年 5月 1日生	被保険者が死亡の場合の相続人の氏名	年 月 日生
還付金の請求理由	① 他の健康保険に加入（国民健康保険を除く） ［加入保険の名称］ ○○健康保険組合 ［加入（資格取得）年月日］ 令和××年3月21日 2．死亡 ［死亡年月日］ 3．その他		
還付金の振込先	金融機関名	機関コード 1 2 3 4	支店コード 1 2 3
		ちゅうでん 銀行 信金 農協	東桜 支店
	（ふりがな）口座名義	ちゅうでん はなこ 中電 花子	口座番号 普通 当座 1234567

あなたの住所

該当するものに○をつける。

新しい保険証に記載されている「保険者の名称」と「資格取得日」を記入してください。

必ずご本人名義の銀行口座をご指定ください。
ゆうちょ銀行の取扱はできません。

金融機関コード・支店コードは記入なしでも結構です。

（注）当組合の被保険者証の返納と就職先の被保険者証の写の添付をお願いいたします。

・振込の通知は発行いたしませんのでご了承ください。
還付申請書を受理次第、手続きを行い、「還付金の振込先」に1ヶ月以内に還付させていただくこととなりますので、通帳にて金額をご確認いただきますよう、お願いいたします。