㊙ 厳秘情報
複製禁止

支給決定伺

記入例

健康保険組合記入欄です

決	日					
	関係者	担当者	回収年月日	受付年月日	登録確認	
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	前納12ヶ月 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

任意継続被保険者保険料還付申請書

令和××年　6月　1日

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）被保険者名	ちゅうでん　たろう 中電　太郎 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	中電　花子 昭和22年　10月　1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］ ［加入（資格取得）年月日］ 2．死亡 ［死亡年月日］ 令和××年5月20日 3．その他		
還付金の振込先	金融機関名	金融機関コード　1　2　3　4 ちゅうでん　銀行　信金　農協	支店コード　1　2　3 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

該当するものに○をつける。

死亡診断書などでご確認の上、正確な日付をご記入ください。

相続人名義の銀行口座をご指定下さい。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。