

## 任意継続健康保険料還付請求書

被保険者証の記号番号	9 9 2 0 -			
還付請求者（被保険者であった者、または相続人）の氏名、生年月日、住所				
フリガナ				
氏 名				
生年月日	年	月	日	
住 所	〒 -			
	☎ ( ) -			
還付請求者が相続人の場合、被保険者であった者の氏名、生年月日				
氏 名				
生年月日	年	月	日	
振込先 金融機関 (郵便局 除)	名 称		本支店名	本店・支店
	口 座 名 番 号	普・当 No. :		
還付を受けようとする理由	<p style="text-align: center;">年 月 日に被保険者資格を喪失しましたが、 年 月分から 年 月分保険料を納付している ため、上記分保険料を還付請求します。</p>			

上記のとおり還付請求します。

年 月 日

愛知県トラック事業健康保険組合