

任意継続健康保険料還付請求書

被保険者証の記号番号	9920 - 10000			
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	ケンポ タロウ			
氏名	健保 太郎			
生年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇〇〇 ☎ (052) 882 - 9686			
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	本人が死亡した場合のみ被保険者名をご記入ください。			
生年月日				
振込先 金融機関 (郵便局 除)	名称	〇〇銀行	本支店名	本店・ 〇〇 支店
	口座名 番号	③普・当 No. : 0000000		
還付を受けようとする理由	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日に被保険者資格を喪失しましたが、〇〇 年〇〇 月分から〇〇 年 〇〇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。			

上記のとおり還付請求します。

年 月 日