

| | | | |
|------|-----|-----|--|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | |
| | | | |

健康保険 任意継続保険料還付請求書

| | | | | |
|----------------|----|----------------------------------|----------|-----------|
| ①請求者 | 氏名 | | 生年 月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 日中の連絡先 | | |
| ②被保険者 であった者 | 氏名 | | 生年 月日 | 年 月 日 |
| ③記号・番号 | | 記号 | 20 | 番号 |
| ④還付金の 振込先 | | 銀行 信用金庫 | | 本店 支店 |
| | | (銀行コード:) | | (支店コード:) |
| | | 普通預金 | 口座番号 | |
| | | 口座名義(カタカナ) | | |
| ⑤還付理由 | | 1. 就職 2. 死亡 | | |

※「②被保険者であった者」欄は、被保険者が請求する場合は、同上とご記入ください。

上記のとおり請求します。

年 月 日 提出

デサント健康保険組合理事長 殿

※健保組合記載欄

| | | | |
|--------|--------------|------|---|
| 還付対象期間 | 年 月分～ 年 月分まで | 還付金額 | 円 |
|--------|--------------|------|---|

(内訳)一般: 円、調整: 円、介護: 円