



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被保険者証の 記号・番号	記号	20		番号	
④還付金の 振込先	銀行 信用金庫 (銀行コード:)			本店 支店 (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
子ども子育て: 円