

課長	担当

健康保険任意継続保険料還付請求書

(健保記入欄)

決裁年月日	令和 年 月 日	還付決定額	円
前納納入月	年 月 ~ 年 月分	前納保険料	円
任継資格取得	令和 年 月 日	任継資格喪失	令和 年 月 日

(請求者記入欄)

申請日	令和 年 月 日			
請求者	ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名			平成 年 月 日
	住所	〒 -		
	電話番号		携帯電話	
被保険者	記号 (※1)		番号 (※1)	
	ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名			平成 年 月 日
振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
ふりがな 銀行 金庫 農協	ふりがな 支店	1. 普通 2. 当座		ふりがな
還付金額	円			
還付理由				
※備考				

※1. 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。

(添付書類及び資格確認書の返却について)

- 就職された場合は、再就職先で交付された「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピー(被保険者のみ)を添付して下さい。
- 資格確認書 枚(家族分を含む)をお持ちの方は当健康保険組合までご返却下さい。
- 被保険者が死亡した場合、請求者が相続人であるときは、備考欄に被保険者であった者との関係を記入して下さい。相続人が前納保険料の還付を請求するときは次の書類を添えて下さい。
 - 被保険者であった者の死亡を明らかにすることができる書類(死亡診断書(写)等)
 - 先順位の相続人であることを明らかにすることができる書類(戸籍謄本等)
 - 被保険者死亡時の任継保険料還付金に関する念書