還付決定額	円
前納保険料	円
前納納入月	令和　年　月～令和　年　月分
資格喪失	令和　年　月　日

常務理事	事務長	業務課長	係長	担当

健康保険　特例退職 任意継続　保険料還付請求書

※①～⑩までご記入下さい。太ワク内の記入は不要です。

請求者	① (フリガナ) 氏名		② 昭和 平成　年　月　日生	
	③ 住所	郵便番号（　－　）　電話番号		
被保険者であった者	④ 氏名		⑤ 昭和 平成　年　月　日生	
⑥ 被保険者の記号及び番号	記号		番号	
⑦ ⑥の記号番号が分からない場合のみ個人番号（マイナンバー）を記入してください				
⑧ 還付金を希望する口座	(フリガナ) 指定口座	（　）銀行 金庫 組合	（　）本店 支店	普通 当座　口座番号
	(フリガナ) 名義人	（　）		
⑨ 備考				
還付金額		円		
還付理由				

３２１

②⑤⑧は該当する文字を○で囲んで下さい。

⑨には、請求者が相続人であるときは、被保険者であった者との関係を記入して下さい。

被保険者が死亡したため、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

・被保険者の相続人であることを明らかにすることができる書類

⑩ 上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日　提出