

任意継続保険料還付請求書

被保険者証の 記号一番号	2 -	被保険者氏名															
還付金の振込先 金融機関・コード	銀行				支店		普通 預金										
※還付の対象と なる期間	令和	年	月分	から	※還付請求金額												
	令和	年	月分	まで				円									
還付請求の事由	1. 他健保加入・・・資格取得日 令和 年 月 日 2. 被保険者の死亡・・・死亡年月日 令和 年 月 日																

上記のとおり任意継続保険料の還付を請求します。

国会議員秘書健康保険組合理事長 殿

年 月 日

住 所 _____

請求者の 氏 名 _____

連絡先
(携帯) _____

1. ※欄は記入しないでください。
2. 就職による他健保加入の場合は、新たに取得した保険証の写しを添付してください。
3. 被保険者の死亡による請求の場合は、次の書類を添付してください。
 - イ. 死亡診断書の写し又はこれに代わる書類
 - ロ. 請求者が、先順位の相続人であることを証明する書類（戸籍謄本）

受 付 日 付 印