

任意継続保険料還付請求書

被保険者の 記号－番号	2－	被保険者の	カナ								
			氏名								
			生年月日	昭和 平成	年	月	日				
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			円				
	令和	年	月分まで								
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

令和 年 月 日

住 所 _____

請求者の 氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日 _____

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、新たに取得した資格情報のお知らせ、または資格確認書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