常務理事	事務長	担	当

健康保険任意継続保険料還付伺及び請求書

(記入上の注意)

- 1. 太線の枠内に必要事項を記入して下さい。
- 2. 請求者が相続人であるときは、⑦に被保険者であった者との関係を記入し、次の書類を添付してください。
 - イ. 被保険者であった者の死亡を明らかにすることが出来る書類(死亡診断書のコピー等)
 - ロ. 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(戸籍謄本のコピー等)

地但吸出不	① 氏名						② 申請日	I		н	
份	と保険者で								年	月	月
あった者	めつに有	③ 被保険者等 記号番号	888 —					④ 生年月	日 年	月	日
⑤ 還付金の払い渡しを 希望するところ		銀行名					支店名				
		口座番号					口座名 (カタカナ				
6	還付理	寸 理 由 □ 脱退・□ 被保険者死亡(以下、⑦~⑩記入要)・□介護保険適用除外該当							当		
7	⑦被保険者であった者との関係										
	青 求 者 ①と同じ場合	8 氏名	フリガナ					⑨ 生年月	日年	月	E
は、 記入不要)			<u> </u>						+		Н
		⑩ 住 所	Т			Т	`EL				
健保記入	資格喪失年	F月 日		年	月	目		備考			
									内	訳	
	還付金額						月	分任継保険料		円	
		額				円	円	月	分調整保険料		円
								月	分介護保険料		円
									計		円

上記のとおり請求します。

(受付印)

日本ヒューレット・パッカード健康保険組合理事長 殿