

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下さい。
 - イ. 被保険者であった者の死亡を明らかに出来る書類(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出来る書類(戸籍謄本のコピー等)

被保険者であった者	① 氏名			② 申請日	年 月 日
	③ 被保険者証の記号・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			口座名義(カタカナ)	
⑥ 還付理由	<input type="checkbox"/> 脱退 ・ <input type="checkbox"/> 被保険者死亡(以下、⑦~⑩記入要) ・ <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外該当				
⑦ 被保険者であった者との関係					
請求者 (①と同じ場合は、記入不要)	⑧ 氏名	フリガナ		⑨ 生年月日	年 月 日
	⑩ 住所	〒 TEL			
健保記入	資格喪失年月日	年 月 日		備考	
	還付金額	円		内 訳	
				月分任継保険料	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)

日本ビューレット・パッカード健康保険組合理事長 殿