

【受付印】

常務理事	事務長	係

健康保険任意継続保険料 還付請求書

令和 年 月 日提出

志村化工健康保険組合理事長 殿

被保険者であつた方	記号番号	99-			
	氏名			生年月日	
	住所				
請求者	氏名 (続柄)	(被保険者との続柄)		生年月日	
	住所				
還付請求の理由	1. 他の健保等へ加入したため				
	2. 死亡したため				
還付金の振込口座	銀行名		支店名		預金種別 普通
	口座番号		(フリガナ) 口座名義		
備考欄					

被保険者証等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための貼付書類が必要です)

【添付書類】

被保険者が死亡したため、相続人が保険料の還付を請求するときは、次の貼付書類が必要です。

①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。

(埋葬許可証、仮葬許可証、死亡診断書、死体検案書、検視調書の写し等)

②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。

(戸籍謄本の写し等)