

## 健康保険任意継続保険料還付請求書

被保険者証	記号	20	番号				
請求者	フリガナ				昭和・平成		
	氏名				年	月	日生
	住所	〒			続柄		
被保険者であった者	フリガナ				昭和・平成		
	氏名				年	月	日生
電話番号	(自宅)		(連絡先)				
振込先	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合は、下記の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 (注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。						
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用しない場合は、下記の 欄に銀行名等をご記入ください。						
	銀行・支店名	銀行			支店		
	預金種目	1. 普通		2. 当座		3. その他( )	
	口座番号	右詰でご記入ください					
	フリガナ						
	名義人						
還付理由	1. 就職し健康保険の被保険者となったため 2. 納期限後に納入したため 3. 被保険者が死亡したため 4. 喪失を希望する旨を健康保険組合に申し出たため						

収納日	令和	年	月	日	還付金額		円		
還付対象期間	令和		年	月分	～	令和	年	月分の	ヶ月分

上記のとおり請求します。

大阪産業機械工業健康保険組合様

- (注) ① 太枠内を記入してください。  
 ② この請求書を提出された後に、保険料が還付されます。  
 ③ 振込銀行は、必ず被保険者の取引銀行を記入してください。  
 (被保険者死亡の場合は、請求者の取引銀行を記入してください。)  
 ④ 被保険者死亡の場合は、請求者との続柄を必ず記入してください。

被保険者証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、備考欄へ記入してください。  
 (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添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--