

健康保険任意継続保険料還付請求書

被保険者等 記号－番号	20 － 9990					被保険者証 記号－番号または 個人番号のいずれかをご記入ください						
個人番号 (マイナンバー)	□	□	□	□	□						□	□
請 求 者	フリガナ	サンギョウ ケンイチ					昭和・平成					
	氏 名	産業 憲一					51 年 3 月 9 日生					
	住 所	〒 530 － 0012 大阪府大阪市北区芝田99－99					続柄	本 人				
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	◎ 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 □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。											
	◎ 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				1	2	3	5	9	2	6
	フリガナ	サンギョウ ケンイチ										
	名 義 人	産業 憲一										
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 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。