

## 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	9990						
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	<input checked="" 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 checked="" 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		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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。

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	
-----	--