

還付決定額		円
前納保険料		円
前納納入月	年 月分～	年 月分
任継資格取得日		年 月 日
任継資格喪失日		年 月 日

常務理事			担当者

## 健康保険任意継続保険料還付請求書

(記入上の注意)

2.1. 被保険者⑩及び⑤は該当する文字を○で囲んで下さい。  
 ① 氏名  
 ② 昭和・平成 年 月 日生  
 ③ 住所  
 ④ 氏名  
 ⑤ 昭和・平成 年 月 日生  
 ⑥ 被保険者証記号・番号  
 ⑦ 還付金の振込先  
 ⑧ 還付金額  
 ⑨ 還付理由  
 ⑩ 備考

請求者	ふりがな ① 氏名		②昭和・平成 年 月 日生	
	③ 住所	〒		
被保険者 であった者	④ 氏名		⑤昭和・平成 年 月 日生	
⑥被保険者証 記号・番号	記号	88	番号	
⑦ 還付金の振込先	銀行 店 (普通・当座・貯蓄) No. 口座名義人名			
	金庫 組合 店 (普通・当座・貯蓄) No. 口座名義人名			
⑧ 還付金額				
⑨ 還付理由				
⑩ 備考				

上記のとおり請求します。

年 月 日 提出

受付日付印

ワコール健康保険組合理事長殿