

ご就職先の保険証のコピーまたは健康保険資格取得証明書と

ワコールの保険証を添えてお送りください。

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	事務長		担当者

(記入上の注意)

健康保険任意継続保険料還付請求書

2. 1. 被保険者⑩及び⑤は、請求者が相続する文字を○で囲んで下さい。
ロイ. 被保険者が死亡したため、相続人であるときは、被保険者であった者との関係を記入して下さい。
先順位相続人である事を明らかにする事ができる書類。
先順位相続人である事を明らかにする事ができる書類。
先順位相続人である事を明らかにする事ができる書類。

請求者	ふりがな ① 氏名	わこう けんたろう 和江 健太郎	② 昭和・平成 50年 3月 17日生
	③ 住所	〒 999-9999 〇〇県〇〇市〇〇町12-34	
被保険者 であった者	④ 氏名	和江 健太郎	⑤ 昭和・平成 50年 3月 17日生
⑥ 被保険者証 記号・番号	記号	88	番号 9999
⑦ 還付金の振込先	▽▽▽ 銀行 〇〇 支店 (普通・当座・貯蓄) No. 9999999 口座名義人名 和江 健太郎		
	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	令和2年9月1日 就職のため		
⑩ 備考			

上記のとおり請求します。

令和 2年 9月 20日 提出

受付日付印

ワコール健康保険組合理事長殿