

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決済年月日	年 月 日
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	年 月 日
任継資格喪失	年 月 日

決 裁				
常務理事	事務長	担当者	担当者	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)

1	2	イ	ロ
請求者が相続人であるときは、備考欄に被保険者であった者との関係を記入してください。	被保険者が死亡したため相続人が前納保険料の還付を請求するときは次の書類が必要です。	被保険者であった者の死亡を明らかにする書類。	請求者が相続人であることを明らかにする書類。

請 求 者	氏名	フリガナ	生年月日	昭 平 令	年	月	日
住 所	〒						
被 保 険 者 で あ っ た	氏名	フリガナ	生年月日	昭 平 令	年	月	日
記 号 番 号	記号	20	番号				
還付金振込 希望金融機関	銀行・信用組合			本 店			
	農協・信用金庫			支 店			
口座番号			口座名義人	カナ			
				漢字			
還 付 金 額	一般保険料	円					
	調整保険料	円					
	介護保険料	円					
還 付 理 由							
備 考							

令和 年 月 日

万代健康保険組合理事長殿

上記のとおり請求します。