

|             |   |     |      |
|-------------|---|-----|------|
| 受 付 年 月 日   | 年 | 月   | 日    |
| 伺 年 月 日     | 年 | 月   | 日    |
| 決 裁 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    |

|      |  |   |
|------|--|---|
| 常務理事 |  | 係 |
|      |  |   |

健康保険任意継続保険料還付請求書

(記入上の注意)

1. ②及び⑤は該当する文字を○で囲んで下さい。  
2. ⑩には、請求者が相続人である時は、被保険者であった者との関係を記入して下さい。  
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時は次の書類を添えて下さい。  
イ、被保険者であった者の死亡を明らかにすることが出来る書類。  
ロ、先順位の相続人であることを明らかにすることが出来る書類。

|                                  |               |              |               |
|----------------------------------|---------------|--------------|---------------|
| 請 求 者                            | ① ふりがな<br>氏 名 | ② 昭 平 年 月 日生 |               |
|                                  | ③ 住 所         |              |               |
| 被保険者<br>であった者                    | ④ 氏 名         | ⑤ 昭 平 年 月 日生 |               |
| ⑥ 被 保 険 者<br>証 の 記 号<br>及 び 番 号  | 記 号           | 番 号          | 第 号           |
| ⑦ 還 付 金 の<br>振 込 を 希 望<br>する ところ | 銀行            | 本店           | 〔 預金通帳の口座番号 〕 |
|                                  | 金庫<br>組合      | 本店<br>支店     | 〔 預金通帳の口座番号 〕 |
| ⑧ 還 付 金 額                        | 円             |              |               |
| ⑨ 還 付 理 由                        |               |              |               |
| ⑩ 備 考                            |               |              |               |

上記のとおり請求します。  
令和 年 月 日提出  
ドッドウェル健康保険組合理事長殿