

※本請求書は任意継続加入中に死亡された場合に、
すでに払い込んでいる保険料について払い戻しを受けるための用紙です。

※請求者とは被保険者の財産の相続人を指し、相続人であることが確認できる戸籍謄本(全部事項証明)を添付してください。

■健保記入欄

保 險 料 還 付 伺 問	起案日	令和	年	月	日	決議日	令和	年	月	日	
	常務理事		事務長			担当者			還付金額		
	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日				還 付 内 訳	喪失月 月分				
	資格喪失日	令和 年 月 日					月～ 月分				
	標準報酬月額						計				
1ヶ月の保険料											

任意継続保険料還付請求書

請 求 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号・番号	99-XXXXXX				請求者 氏名	フリガナ ケンコウ クミコ 健康 組子					
	請求者 生年月日	昭和 平成 ●年 ●月 ●日				被保険者との関係	妻					
	請求者 住所	〒131-0033 東京都文京区本郷 33-5				Tel 03 (3815) XXXX						
	被保険者 氏名	フリガナ ケンコウ タモツ 健康 保				生年月日	昭和 平成 ●年 ●月 ●日					
	受取り希望 銀行口座	●●銀行		銀行 コード	0 1 2 3	●●支店		支店 コード	4 5 6			
	(旧郵便局口座不可、 ゆうちょ銀行口座取 扱い可)	普通	1 2 3 4 5 6 7	口座 名義		フリガナ ケンコウ クミコ 請求者名義 健康 組子						
	還付請求 保険料月	令和●年●月～令和●年●月分までの●月分						還付 理由	死亡			
	上記のとおり請求します。											
	令和 ●年 ●月 ●日 三菱 UFJ ニコス健康保険組合 御中 請求者名 健康 組子 (印)											