

還付決定額	円
任意継続資格取得	年 月 日
任意継続資格喪失	年 月 日

受付印

健康保険任意継続保険料還付請求書

被保険者等記号・番号 もしくはマイナンバー <small>※マイナンバーを記入する場合は、 番号・本人確認書類の提出が必要です。</small>	3	0	0	1	-								
被保険者の氏名						生年月日	年 月 日						
還付金の振込みを 希望するところ (被保険者名義の口座を 記入してください。)	銀行 (本店・支店)												
	預金通帳の口座番号 (普通・当座) <input type="text"/>												
	金庫 (本店・支店)												
	組合												
	預金通帳の口座番号 (普通・当座) <input type="text"/>												
郵便局	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>								
預金通帳の 記号番号													
還付理由	<input type="checkbox"/> 就職により、他の健康保険組合の被保険者資格を取得したため												
	<input type="checkbox"/> 任意脱退したため												
	<input type="checkbox"/> 被保険者の死亡のため ※被保険者が死亡した場合は、権利継承届に記載の相続人口座へ振込み ますので、「還付金の振込みを希望するところ」のご記入は不要です。												
備考													

上記のとおり請求します。

年 月 日

ナイスグループ健康保険組合理事長殿

住所

申請者の 氏名

電話番号

メールアドレス