

決 済 欄	常務理事	事務長	課長	係

## 任意継続保険料還付請求書

※1. 太枠内空欄については必ずご記入ください。

※2. 記載内容に誤りがある場合は訂正してください。

請 求 者	記号		番号				
	フリガナ			性別	生 年 月 日		
	氏名			女	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		
	請求後の住所	〒      ー		請求後の電話	自宅	(      )	
				種 別	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座・ <input type="checkbox"/> その他(      )		
保険料還付希望先		銀行		口座番号			
		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		口座名義	<input checked="" type="checkbox"/> 請求者と同じ		
還付金額				円	内 訳	一般保険料                      円 調整保険料                      円 介護保険料                      - 円	
上記保険料の入金年月日				対 象 年 月			
還付理由							
備 考							

上記のとおり請求します。

令和    年    月    日

請求者: \_\_\_\_\_ (印)

自署の場合は押印を省略できます

◆ ◆ ◆ ◆ 以下の欄は記入しないでください ◆ ◆ ◆ ◆

事務局確認内容		
1. 請求者からの入金日確認	□ 済 ・ □ 未	
2. 請求者から資格喪失届の提出確認	□ 済 ・ □ 未	
3. 請求者から被保険者証の返納確認	□ 済 ・ □ 未	

/      受付      \

(受付担当) → 供覧 → (経理担当)