

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	〒 —			請求後の電話	自宅 () 携帯 ()
保険料還付希望先	銀行	種別		<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座・ <input type="checkbox"/> その他()		
		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		
	円			調整保険料 円		
	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	<input type="checkbox"/> 済 ・ <input type="checkbox"/> 未	
2. 請求者から資格喪失届の提出確認	<input type="checkbox"/> 済 ・ <input type="checkbox"/> 未	
3. 請求者から被保険者証の返納確認	<input type="checkbox"/> 済 ・ <input type="checkbox"/> 未	

受付

(受付担当) → 供覧 → (経理担当)