| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|---|---|---|
| | | |

# 健康保険　任意継続被保険者
# 保険料還付請求書

自署またはご家族が代筆でご記入ください。

| 記号 | ９９９ | 番号 | | 氏名 | |
|---|---|---|---|---|---|

還付内容

＿＿＿＿月分～＿＿＿＿月分保険料　　金額　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

振込先

＿＿＿＿＿＿銀行　＿＿＿＿＿＿支店名　口座番号　＿＿＿＿＿＿＿＿

口座名(ｶﾀｶﾅ)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（還付理由）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日本電子健康保険組合

理事長　殿

上記理由により保険料の還付請求をいたします。

和暦（　　）　　年　　月　　日

住所

（被保険者）氏名

家族が請求する場合（亡くなった場合）

和暦（　　）　　年　　月　　日

住所

氏名

（被保険者との続柄　　）