



仲裁年月日	年 月 日
還付決定額	円
前納保険料	円
前納納入月	年 月分 ~ 年 月分
任継資格取得	年 月 日
任継資格喪失	年 月 日

仲裁欄	常務理事	事務長	会計	担当

健康保険 任意継続保険料還付請求書

請求者	氏名	印	生年月日	大昭平令 年 月 日
	住所	〒 -		
	電話 () -	携帯 () -		
被保険者であった者	氏名	印	生年月日	大昭平令 年 月 日
被保険者証の記号及び番号	記号		番号	
還付金の振込を希望するところ	銀行 信用金庫	本店 支店	当座 普通	口座番号
			口座名義	フリガナ 氏名
還付金額	※健保で記入します			円
理由	1. 健康保険被保険者資格を取得			
	2. その他			
新しい保険証の適用日(資格取得年月日)			平成・令和	年 月 日
備考				
添付書類	(□にレ点を記入してください) <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合の旧保険証 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 提出済 <input checked="" type="checkbox"/> 新しい保険証のコピー <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 提出済			

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日提出

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿

(記入上の注意)

備考には、請求者が相続人であるときは、被保険者であった者との関係を記入して下さい。

被保険者が死亡したため、相続人が前納保険料の還付を請求するときは、次の書類を添えて下さい。

イ) 被保険者であった者の死亡を明らかにすることができる書類

ロ) 先順位の相続人であることを明らかにすることができる書類

受付印