



決裁年月日	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

決裁欄	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	健康太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	生年月日	大昭平令 ××年 ×月 ×日
	住所	〒×××× - ×××× 東京都千代田区大手町×-×-× 電話 ( ×××× ) - ××××× - ××××× 携帯 ( ×××× ) - ××××× - ×××××		
被保険者であった者	氏名	健康太郎	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	×× <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> 信用金庫 ××× <span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">本店支店</span>	当座普通	口座番号 ××××××××	
		口座名義	フリガナ ケンコウ タロウ 氏名 健康太郎	
還付金額	※健保で記入します			円
理由	<span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">1. 健康保険被保険者資格を取得</span>			
	2. その他			
新しい保険証の適用日(資格取得年月日)			<span style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; padding: 2px;">平成</span> 令和 ××年 ××月 ××日	
備考				
添付書類	( <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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