

健康保険 任意継続被保険者 保険料還付 請求書

被保険者（請求者）記入用

みづほ健康保険組合理事長 殿

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日 提出

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者（請求者）が記入するところ	被保険者であった者の氏名	フリガナ			性別	☐ 男 ☐ 女
	被保険者証の	記号	番号	被保険者であった者の生年月日		
		999	—	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月
	請求者の氏名	フリガナ			性別	☐ 男 ☐ 女
	請求者の住所	〒				
請求者の生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	(備考)	
受取方法等	□マイナポータル等での事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は□に✓してください。利用しない場合は、下記の欄を記入してください)					
	振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	注) 口座情報の反映には数日を要します。 また代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。	
		銀行コード	店番号	普通・当座	口座番号	
		口座人名義		フリガナ		
	還付金額	健康保険料 円				
(内訳) 調整保険料 円						
還付理由	介護保険料 円					
	1 就職のため (令和 年 月 日)					
	2 被保険者死亡のため (令和 年 月 日)					
3 その他 ()						

※ 請求者が相続人であるときは、備考欄に被保険者であった者との関係を記入してください。
被保険者が死亡したため、相続人が前納保険料の還付請求をするときは、次の書類を添付してください。

ア 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
イ 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

被保険者証のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付印