健康保険任意継続保険料還付請求書

請　求　者	フリガナ			年　　月　　日生
	氏　名	㊞		
	住　所	〒 TEL　　－　　－		
被保険者であった者	氏　名			年　　月　　日生
記号・番号	記　号	９９９	番　号	
還付金の払渡しを希望するところ	銀行　　本・支店 口座種別：　　口座番号：			
還　付　金　額	￥			
還　付　理　由	＊ 就職した日　　年　　月　　日 ＊ 死亡した日　　年　　月　　日 ＊ 納付済保険料　　／　　月分～　　／　　月分 ＊ 還付対象期間　　／　　月分～　　／　　月分			
添　付　書　類	＊ 任意継続被保険者証 【就職の場合】 ＊ 新しい被保険者証の写 【死亡の場合】 ＊ 死亡診断書（写）			
備　　考				

上記のとおり請求します。

年　　月　　日　提出

ダイダン健康保険組合理事長　殿