

健康保険任意継続保険料還付請求書

請求者	フリガナ				昭和・平成・令和			
	① 氏名				②	年	月	日生
	③ 住所	〒						
		日中の連絡先Tel ()						
被保険者であった者	④ 氏名				昭和・平成・令和			
	⑤	年	月	日生				
⑥	被保険者証の記号・番号	記号	9000		番号			
⑦	還付金の払渡しを希望するところ	銀行 金庫 組合			本店 支店			
※	請求者本人口座	1.普通	2.当座	3.貯蓄	店番	※右つめでご記入ください		
						□座番号		
		□座名義 (カタカナ)						
⑧	還付金額				円	⑩	備考	
⑨	還付理由	1. 就職		2. 脱退		3. 死亡		

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日 提出

大阪織物商健康保険組合理事長 殿

(添付書類及び注意事項)

1. 就職した場合

ア.任意継続被保険者証、勤務先の保険証のコピー、保険料重複の領収書（**原本**）が必要です。
 イ.国民健康保険組合に加入の時は、アのほか事業主から健康保険適用除外承認証のコピーをもらって提出してください。（これがない時は、任意継続が優先するため任意継続保険料は還付できません。）

2. 任意継続を脱退した場合

ア.任意継続被保険者証、保険料重複の領収書（**原本**）が必要です。

3. 死亡した場合

ア.任意継続被保険者証、保険料の領収書（**原本**）が必要です。
 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。
 ウ.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。
 なお、被保険者が亡くなった時に健康保険の被扶養者として加入されていた配偶者（内縁の配偶者を除く）については、添付書類を省略できます。
 エ.⑩には、請求者が相続である時は、被保険者であった者との関係を記入してください。

4. その他

当組合の資格喪失日以降、医療機関等から医療費の請求があったときは、新しい保険証の情報を医療機関等に伝えることがあります。