

日揮健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当

令和 年 月 日

特例退職被保険者 保険料還付請求書 兼 給付金等受領口座届書

資格喪失に伴い保険料を還付請求しますので、下記口座に振込願います。

また、資格喪失後に給付金等が生じる場合についても、下記口座に振込願います。

◆ ① ~ ⑫を記入。												
還 付 請 求 者	① 被 保 険 者 証 記 号		880		番 号							
	② 被 保 険 者 氏 名				③ 被 保 険 者 日		昭和		年 月 日			
	④ 還 付 請 求 者 氏 名				⑤ 還 付 請 求 者 日		昭和		年 月 日		平成	
	⑥ 還 付 請 求 者 住 所											〒
												TEL ( )
	⑦ 金 融 機 関 コー ド			⑧ 支 店 コー ド								
	⑨ 金 融 機 関 名 (ゆうちょ銀行不可)			銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所					
	⑩ 預 金 種 別		普通 当座		⑪ 口 座 番 号							
	⑫ 口 座 名 義											(フリガナ)

受付印