

日揮健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当

[ 記入例 ]

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。	
① 被保険者証記号	880 番号 ××××
② 被保険者氏名	日揮 太郎 日揮印 ③ 被保険者生年 昭和 ××年××月××日
④ 還付請求者氏名	日揮 太郎 日揮印 ⑤ 還付請求者生年 昭和 ××年××月××日 平成
⑥ 還付請求者住所	〒 ×××-×××× 横浜市××区××町×丁目×番 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) ニッキ タロウ 日揮 太郎

受付印