

常務理事		係

健康保険任意継続保険料還付請求書

(記入上の注意)

ロイ被 2 1、
、保 ①、②、
先、保 ③にはび
順、保 ④及び
位、保 ⑤は
の、保 ⑥は
相、保 ⑦は
続、保 ⑧は
人、保 ⑨は
で、保 ⑩は
あ、保 ⑪は
つ、保 ⑫は
た、保 ⑬は
た、保 ⑭は
め、保 ⑮は
の、保 ⑯は
死、保 ⑰は
亡、保 ⑱は
し、保 ⑲は
た、保 ⑳は
た、保 ㉑は
た、保 ㉒は
た、保 ㉓は
た、保 ㉔は
た、保 ㉕は
た、保 ㉖は
た、保 ㉗は
た、保 ㉘は
た、保 ㉙は
た、保 ㉚は
た、保 ㉛は
た、保 ㉜は
た、保 ㉝は
た、保 ㉞は
た、保 ㉟は
た、保 ㊱は
た、保 ㊲は
た、保 ㊳は
た、保 ㊴は
た、保 ㊵は
た、保 ㊶は
た、保 ㊷は
た、保 ㊸は
た、保 ㊹は
た、保 ㊺は
た、保 ㊻は
た、保 ㊼は
た、保 ㊽は
た、保 ㊾は
た、保 ㊿は
た、保 ㉑は
た、保 ㉒は
た、保 ㉓は
た、保 ㉔は
た、保 ㉕は
た、保 ㉖は
た、保 ㉗は
た、保 ㉘は
た、保 ㉙は
た、保 ㉚は
た、保 ㉛は
た、保 ㉜は
た、保 ㉝は
た、保 ㉞は
た、保 ㉟は
た、保 ㊱は
た、保 ㊲は
た、保 ㊳は
た、保 ㊴は
た、保 ㊵は
た、保 ㊶は
た、保 ㊷は
た、保 ㊸は
た、保 ㊹は
た、保 ㊺は
た、保 ㊻は
た、保 ㊼は
た、保 ㊽は
た、保 ㊾は
た、保 ㊿は

請求者	フリガナ			昭和 平成 年 月 日生 令和
	① 氏名		②	
住所	〒			
	③ 住所 電話			携帯
被保険者 であった者	フリガナ			昭和 平成 年 月 日生 令和
	④ 氏名		⑤	
⑥ 被保険者 証の記号及び 番号	記号	3600	番号	第 号
⑦ 振込希望の銀行 ※ゆうちょ銀行不可	銀行 普通 第		支店 号 名義人(カナ)	
⑧ 還付金額	※健保で記入します			円
⑨ 還付理由				
⑩ 新しい保険証の適用日 (保険証に記載の資格取得年月日)			令和 年 月 日	※ 任意の資格喪失希望者(*1)は記入不要
⑪ 備考				
⑫ 添付書類	□にレ点を記入してください ■SMBCファイナンスサービス健保の保険証 □添付 □返納済 ■新しい保険証のコピー □添付 □提出済 □添付不要(任意の資格喪失希望者(*1)) ※ 任意の資格喪失希望者は、新しい保険証のコピーの添付不要			

(*1) 任意の資格喪失希望者とは、任意継続資格喪失申出書の資格喪失事由において「(3)任意での資格喪失を希望するため」を選択された方のことです。

上記のとおり請求します。

尚、SMBCファイナンスサービス健康保険組合の資格喪失後にSMBCファイナンスサービスの保険証で医療機関等を受診した場合、健康保険組合が負担した医療費の還付を了承いたします。

令和 年 月 日提出

SMBCファイナンスサービス健康保険組合理事長殿

氏名 (自署) _____