

収 入 金 払 戻 伺 (介護保険料)

組 合 記 入 欄	伺年月日	平成 年 月 日	支払年月日	平成 年 月 日					
	下記のとおり払戻し してよろしいか。		常務理事	事務長	課長	係長	係	入力	照合
	払戻理由	1. 法第35条の被保険者となったため。 2. 被保険者死亡のため。 3. その他 ()							
	払戻期間	平成 年 月分より平成 年 月分まで						備考	
払戻金額	_____ 円			報酬 月額	_____ 千円				

任継被保険者介護保険料債権払戻金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	払戻期間	平成 年 月分より平成 年 月分まで						
	払戻金額	_____ 円			報酬月額	_____ 千円		
	払戻理由	1. 法第35条の被保険者となったため。 2. 被保険者死亡のため。 3. その他 ()						備考
	上記のとおり過誤納保険料を払戻請求します。 平成 年 月 日 健康保険被保険者証の記号・番号 9 - 番 〒 住 所 氏 名 ㊦ T E L () - 振 込 先 金 融 機 関 受 付 印 (フリガナ) 銀 行 名 _____ 銀行 _____ 支店 口座番号 当・普 No. _____ (フリガナ) 口座名義							