

令和 年 月 日

共同通信社健康保険組合理事長殿

住 所 〒 ー

請求者氏名

続柄 ()

前納保険料還付請求書

下記の理由により、前納した保険料の未経過期間に係る保険料を還付願いたく
請求します。(□に印をつけて下さい。)

- ・ □ 任意の資格喪失。資格喪失年月日…令和 年 月 日
- ・ □ 再就職先の健康保険に加入する。再就職年月日…令和 年 月 日
- ・ □ 被保険者が死亡。死亡年月日…令和 年 月 日

記

被保険者名		男・女	生年月日	年 月 日	歳
-------	--	-----	------	-------	---

現在の 保険証	記 号		番 号	
	資格取得年月日		年 月 日	
	資格喪失年月日		年 月 日	

* 再就職の場合は、下記の記入もお願いします。

再就職先の 保険証	記 号		番号	
	会社名		所在地	
	保険者名		保険者番号	
	資格取得年月日		年 月 日	

* 健康保険組合記入欄

還付保険料	保険料納付済期間	年 月 ~ 年 月	力月
	還付対象期間	年 月 ~ 年 月	力月
	返還金額	円 支払日	年 月 日