

トプコン

記入例

常務理事	事務長	担当者

任意継続保険料還付請求書(兼資格喪失届)

被保険者証の番号・記号	記号 9955	番号 100						
被保険者名								
生年月日	昭和・平成 昭和	50	年	1	月	1	日	
住所	〒							
還付請求・ 資格喪失 事由 該当番号を○印で囲 んでください	① 再就職し他健康保険組合の被保険者資格を取得したため 「新しく加入された健康保険証」のコピーと、トプコン健保組合の「健康保険証(ご家族分も)」の本証を添付してください							
	他保険に加入された日	令和 和	2	年	4	月	1	日
	2. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため トプコン健康保険組合より「資格喪失証明書」をお送り致します。							
	本人申出日	令和 和		年		月		日
	3. 被保険者の死亡のため 「埋葬料支給申請書」(添付書類含む)と、トプコン健保組合の「健康保険証(ご家族分も)」の本証を添付してください							
	死亡日	令和 和		年		月		日

申請日 令和 年 月 日

申請者氏名	健康 太郎		健康 印	被保険者との 続柄	本人							
住所・電話	〒 174-0052		電話	東京都板橋区蓮沼町74-6								
※還付金の振込先	〇〇	銀行	〇〇	支店	普通 預金	0	1	2	3	4	5	6
金融機関・コード												

※還付金の振込先は、被保険者は健保登録済みの口座となりますので記入不要です。被保険者死亡の場合は「埋葬料支給申請書」に記入された申請書の口座に振込まれますので記入不要です。

健保記入欄

還付金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	還付の対象 となる期間	令和 年 月分 から 令和 年 月分 まで	還付請求金額	円
-----	---	----------------	--------------------------------	--------	---

トプコン健康保険組合
〒174-0052 東京都板橋区蓮沼町74-6
Tel.03-3966-1244

受付日付印