

《記入例》

令 歳 人	理事長	副理事長	役員	事務長	主任	係
	国民健康保険料	国民健康保険料	国民健康保険料	現	年	分

過納金還付請求書

金額			万	千	百	十	円
----	--	--	---	---	---	---	---

但、組合同規約第19条第2項による保険料過納還付金

被保険者証 記号番号	012345000	所属組合	
資格を喪失した被保険者	組合員との続柄	資格喪失年月日	理由
食品 太郎	本人	令和 年 月 日	
食品 花子	妻	令和 年 月 日	
喪失者氏名を記入してください。		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	

過納金の内訳

月別	既納保険料	同上納付年月日	還付請求額	備考
月	円	月 日	円	
月	円			
月	円			
月	円			

・従業員が資格喪失の時は、事業主でも可。
(資格喪失届の届出人と合わせてください)

・家族が資格喪失の時は、その世帯の組合員(世帯主)の住所・氏名を記入してください。

上記のとおり請求します。(徴収団体)

令和 年 月 日

住所 **静岡市葵区常磐町一丁目4-11**

組合員

氏名 **食品 太郎**



シャチハタ印は不可

静岡市食品国民健康保険組合理事長殿