【書式３－４】

任意継続被保険者保険料還付請求書

健保欄	常務理事	事務長	部長	担当者

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

下記の通り請求します。　　○○年　○○月　○○日

被保険者記入欄	被保険者証の記号・番号	記　号	００００	番　号	０００００００	
	被保険者の氏名住所・生年月日（死亡の場合は相続人氏名）（注② の証明書添付）	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ			
		氏　名	健保　太郎			
		生年月日	（昭・平○○年○○月○○日）			
		住　所	住所〒０００－００００ ○○県○○市○○町１－１ （電話０００－０００－００００）			
	被保険者であった者（死亡の場合）	氏　名 生年月日	（昭・平　　年　　月　　日）			
	還付金の受取を希望する金融機関	金融機関名	（銀行番号００００）　（店番　０００　） ○○○○　銀行　○○○○　支店			
		受取口座	預金種目	１．普通 ２．当座 （番号を○で囲む）	口座番号	００００００００
			（フリガナ）	ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ		
			口座名義	健保　太郎		
	還付理由（番号を○で囲む）	１．再就職して他の健康保険に加入したため。 ２．死亡したため。				
	備　考	被保険者であった者との続柄（　　）				

・「記号･番号による申請」に代えて「個人番号による申請」もできます。この場合「運転免許証」「パスポート」等の身元確認資料の提出が必要となります（「記号･番号による申請」の場合は身元確認資料は不要です）。

［個人番号記入欄］

（注）　①請求者が相続人であるときは、備考欄に被保険者との続柄を記入して下さい。
②本請求書に次の書類を添付して下さい。
・被保険者であった者の死亡を明らかにすることができる書類
・優先順位の相続人であることを明らかにすることができる書類

【郵便】〒105-0014東京都港区芝２－４－３　三菱ＵＦＪ銀行健康保険組合　業務第一部宛
【行内メール】東日本（7872-50）　三菱ＵＦＪ銀行健康保険組合　業務第一部宛

健保欄	受付日		処理日		備考	