

本
件
の
遺
付
を
理
事
長
に
送
付
す
る

専務理事	事務局長	総務課長	事務局次長	業務係長	係	支部
令和 年 月 日				支払命令 第 号		

保険料過誤納還付請求申請書

金

上記に金額は記入しないでください。

所属組合

業種コード

金額内訳

医療給付分 ￥

介護給付分 ￥

支援金等分 ￥

保険料	月分～	月分	(@	円×	ヶ月=	円)
被保険者 記号・番号	対象者(組合員及び被保険者)氏名		請求者との 続柄	対象者(組合員及び被保険者)氏名	請求者との 続柄	
異動年月日	令和 年 月 日					
(該当する数字に○を付けてください)						
1 世帯全員 2 世帯の一部						
理由	(該当する数字に○を付けてください) 1 廃業 2 退職 3 死亡 4 国保加入 5 社会保険加入 6 後期高齢者医療広域連合加入 7 生活保護適用 8 その他 (具体的に記入してください) 業態組合立替分					

下記の注意事項をお読みください。

上記のとおり申請します。

なお、支払金額については下記の指定した口座へ振込んでください。

令和 年 月 日

被保険者記号・番号

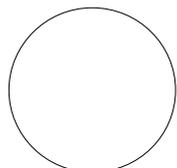
住 所 〒

氏 名

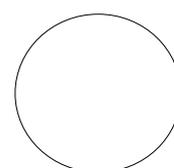
電話番号

名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様

振 込 先 口 座	銀行 本店 信用金庫 支店 農業・漁業協同組合 出張所			
	預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	口座名義人と 請求者との続柄
	(フリガナ)			・本人 ・代表者 ・その他 ()
注 意 事 項	1 預金種別の欄は、該当のものを○で囲んでください。 2 請求申請者と振込名義人が異なる場合は、続柄を記入してください。 3 「保険料還付支給決定通知書」を送付いたしますので、入金の確認をお願いします。 ご不明な点がございましたら、当組合事務局(052-261-7661)までご連絡ください。			

本
部
受
付
印

確 認 事 項	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	保険料	月分まで収納済
	世帯人数	人 人

支
部
受
付
印