

様式第 24 号

理命本  
事ず件  
長るの  
の還  
付を

専務理事	事務局長	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

〈金額内訳〉

医療給付分 円

介護給付分 円

子ども支援金分 円

後期支援金分 円

業種コード

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 社保加入 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) <input type="checkbox"/> 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

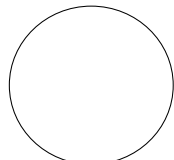
電話番号

名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様

振 込	銀行 本店 信用金庫 支店 農業・漁業協同組合 出張所				
先 口 座	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
	口座名義			・その他 ( )	

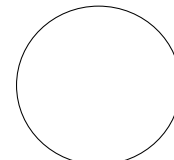
注 意 事 項

- 預金種別の欄は、該当のものを○で囲んでください。
- 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。
- 「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