

様式第 24 号

本
件
の
還
付
を
請
求
す
る
理
事
長

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 (産前産後期間保険料軽減措置分)

業種コード

所属組合

〈金額内訳〉

医療給付分 円

介護給付分 円

支援金等分 円

金

※上記に金額は記入しないでください。

保険料	月分～	月分	被 保 険 者 号	対象者氏名
-----	-----	----	-----------	-------

※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、還付金額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
	口座名義	(フリガナ)		・本人 ・代表者 ・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

支
部
受
付
印