

資格喪失日	R 年 月 日	還付額	円
還付対象期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月		
還付額内訳	一般	調整	介護
	円	円	円

常務理事	事務長	係	係

## 任意継続 保険料 還付 請求 書

資格喪失後の還付請求があるため、下記の振込先口座へ送金くださるよう請求いたします。

被 保 険 者	個人番号			生 年 月 日	
	記号・番号	フリガナ		年 月 日生	
	9900 -	氏名			
現 住 所	〒 -				
	連絡先	Tel	-	携帯	-
保険料還付の理由	資格喪失の事由が発生後、任意継続保険料を振り込んだため				
還付金の振込先	銀行コード		銀行名		普通預金 口座番号
	支店コード		支店名		口座名義 被保険者と同じ

CNCグループ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

### 【添付書類】

CNCグループ健康保険組合の「健康保険被保険者証」「資格確認書」

- 被保険者(ご本人)およびその被扶養者(ご家族)の方に交付されているもの全て回収いたします。
- 「限度額適用認定証」「特定疾患療養受領証」の交付を受けている場合は、それらを含みます。

※資格情報のお知らせは除く

健保受付