

任意継続被保険者保険料還付請求書

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

健 保 欄	常務理事	事務長	部長	担当者

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	番号			
	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)		フリガナ				
			氏名				
			生年月日		(昭和・平成 年 月 日)		
	住所		住所〒				
			(電話 - -)				
	被保険者であった者 (死亡の場合)		氏名 生年月日		(昭和・平成 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) (店番) 銀行 支店		
			受取 口座	預金種目		1. 普通 2. 当座 (番号を○で囲む)	
				(フリガナ)		口座番号	
口座名義							
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	
-------------	-----	--	-----	--	----	--