

申 出 書

年 月 日

経済産業関係法人健康保険組合 理事長 殿

年 月 日に支払った前納保険料については、下記理由により初めからなかったものとするよう申出を行いますので、前納した保険料について精算していただきますようお願いいたします。

1. 理由（該当するものに丸を付してください。その他の場合は（ ）に具体的理由）

- ① 特定受給者等の国民健康保険料の軽減制度に該当するため。
- ② その他（ ）

2. 任意継続被保険者

記号	9999	番号		生年月日	昭・平	年	月	日
(フリガナ)								
氏名								印
※被保険者が自ら署名する場合は押印不要								
住所	〒							
電話番号								

3. 保険料の清算還付口座

前納した保険料の清算については、次の口座に振り込んでください。

(フリガナ)		(フリガナ)	
金融機関名		支店名	
口座番号		(フリガナ)	
		口座名義	