

常務理事	事務長	課長	係	標準報酬月額		千円	
				何年 月 日		年 月 日	
1. 資格喪失による還付 (健康保険料)			2. 資格喪失・抹消による還付 (介護保険料)			3. 過誤納による還付	
資格喪失 年 月 日	年 月 日		資格喪失・抹消 年 月 日	年 月 日		納付額	円
納付期間	年 月分迄納入		抹消者氏名 ／ 年 齢				
納付金額	円		納付期間	年 月分迄納入		正 当 額	円
還付期間	／ ～ ／		納付金額	円			
納付月数	ヵ月分		還付期間	／ ～ ／		還付額	一般 円
還付額	一般 円	調整 円	還付月数	ヵ月分			調整 円
	計 円		還付額	円			介護 円
						計 円	

*入金日 健康保険料 年 月 日

介護保険料 年 月 日

任意継続保険料還付請求書

記号・番号	96 ー		被保険者氏名		
納付 保 険 料	健康保険料 年 月 ～ 年 月 円		振 込 先	金融機関 農業協同組合 本店・本所 支店・支所	
	介護保険料 年 月 ～ 年 月 円			口座番号 (普通) フリガナ 名義人	
還 付 由	1. 資格喪失・抹消による。 2. 過誤納による。		請 求 者 と 被 保 険 者 の 続 柄	本 人 配偶者 その他 ()	
	1の場合に記入してください。 (1)被保険者による申し出 受 理 日 年 月 日 (2)就職 就 職 者 名 就 職 日 年 月 日 就 職 先 (3)死亡 死 亡 者 名 死 亡 日 年 月 日 (4)後期高齢者該当 該 当 日 年 月 日 (5)上記理由以外での被扶養者の削除 (削除理由:) (6)納付方法の変更			請 求 者 住 所 及 び 氏 名	印
	上記により請求する。 年 月 日				
	和歌山県農協健康保険組合 殿				

* 太枠内のみ記入してください。

* 就職の場合、就職先の保険証(写)を添付してください。