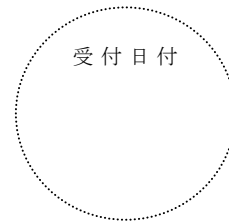


決裁年月日	令和 年 月 日
還付決定額	令和 年 月分 ~ 令和 年 月分
	円
保険料入金日	令和 年 月 日
資格喪失日	令和 年 月 日

常務理事	事務長	会計	係



任意継続・特例退職

## 健康保険 資格喪失届 兼 保険料還付請求書

請求者	フリガナ		昭和 年 月 日生
	氏名		平成 年 月 日生
	住所	〒 TEL(日中の連絡先) — —	
被保険者であった者	氏名		昭和 年 月 日生 平成 年 月 日生
健康保険の記号・番号	記号	番号	
支払指定金融機関 (請求者の口座を記入) ※ゆうちょ銀行をご希望の方は、 振込用の店名・口座番号を ご記入ください	銀行	(どちらかに○印) 普通預金・当座預金	
	支店		
	口座名義(フリガナ)	口座番号	
	( )		
還付理由			
備考			
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日提出			

被保険者の個人番号(マイナンバー)記載欄  
(健康保険の記号・番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<送付先> 〒103-0016 東京都中央区日本橋小網町9-2  
SMBC日興証券グループ健康保険組合  
任意継続担当/特例退職担当 宛

SMBC日興証券グループ健康保険組合