決裁	専務理事	事務局長	係　員
令和　　年　　月　　日			

国民健康保険料の還付金請求申請書

被保険者証	記号	84－	番号	
組合員名				
該当年期	令和　　年度 第　　期　～　令和　　年度 第　　期分			
該当年月	令和　　年　　月　～　令和　　年　　月分			
還付額	円			
還付請求事由	□ 全喪失　□ 一部喪失　□ 過誤入金　□ その他（　　）			

〇組合員（申請人）の口座を記入してください。
なお、振込先を事業主など組合員以外の口座をご指定の場合は、受領委任欄にご記入ください。

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 （　　）	本店 支店	
	預金種目	1．普通　2．当座	口座番号	
	フリガナ			
	名義人			

上記のとおり国民健康保険料について還付請求します。

年　　月　　日

組合員住所 （自宅）			
組合員 （申請人） 氏　名		電話番号 （日中の連絡先）	

受領委任欄　　（振込先が組合員でない場合、組合員の署名（又は記名）及び押印が必要になります）
上記請求に基づく還付金の受領を上記振込先名義人に委任します 住所（上記住所欄と同じ） 組合員氏名　　㊞

東京都弁護士国民健康保険組合　理事長　殿

[T8]20210401