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	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 ()			

○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

印

東京都弁護士国民健康保険組合 理事長 殿