

日本アイ・ピー・エム健康保険組合理事長 殿

常務理事	事務長	G L	担当者

## 任意継続・特例退職 保険料還付請求書(兼資格喪失届)

	記号	番号						
被保険者証の記号・番号								
被保険者氏名								
生年月日	昭和・平成		年		月		日	
住所	〒							
還付請求・資格喪失事由 該当番号を印で囲んでください	1. 再就職し他健康保険の被保険者資格を取得したため 「新しく加入された健康保険証」のコピーと、IBM健保組合の「健康保険証(ご家族分も)」の本証を添付して下さい							
	他健保に加入された日	平成		年		月		日
	2. 被保険者の死亡のため 「埋葬料支給申請書」(添付書類含む)と、IBM健保組合の「健康保険証(ご家族分も)」の本証を添付して下さい							
	死亡日	平成		年		月		日
	3. 海外居住のため(特例退職のみ) IBM健保組合の「健康保険証(ご家族分も)」の本証と「除住民票」を添付して下さい							
転出日	平成		年		月		日	

申請日 平成 年 月 日

申請者氏名							被保険者との続柄	
住所・電話	〒						電話	
還付金の振込先 金融機関・コード	銀行		支店		普通預金			
還付金の振込先は、被保険者は健保登録済みの口座となりますので記入不要です。被保険者死亡の場合は「埋葬料支給申請書」に記入された申請者の口座に振り込まれますので記入不要です。								

### 健保記入欄

還付金	有 無	還付の対象となる期間	平成 年 月分から	還付請求金額	円
			平成 年 月分まで		

受付日付印

日本アイ・ピー・エム健康保険組合

〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21 (H2D-YY1)