

日本アイ・ビー・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)

申請日 平成 XX 年 XX 月 XX 日

	記号	番号						
被保険者証の記号・番号	XXX	XXXXXXXX						
被保険者氏名	健保 太郎							
生年月日	昭和・平成	XX	年	XX	月	XX	日	
住 所	〒 XXX-XXXX XX 県 XXX 市 XXX 町1-2-3							
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)」の本証を添付して下さい							
	他健保に加入された日	平成	XX	年	XX	月	XX	
	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)」の本証を添付してください							
	死亡日	平成		年		月		
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)」の本証と「除住民票」を添付して下さい								
転出日	平成		年		月			

申請者氏名	健保 太郎		<input checked="" type="radio"/>	被保険者との続柄	本人
住所・電話	〒 XXX-XXXX	電話	XX-XXXX-XXXX		
	XX 県 XXX 市 XXX 町1-2-3				
※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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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・ビー・エム健康保険組合

〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21 (HZD-YY1)