

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 年 月 日

	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)」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)」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)」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	<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 平成 年 月分まで	還付請求金額	円
-----	---	------------	------------------------	--------	---

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 (H2D-YY1)