（健保組合使用欄）

常務理事	事務長	主 任	担 当

ルネサス健康保険組合　御中

特例退職被保険者 保険料返還請求書

下記理由により、既に納付しております資格喪失後の保険料を返還いただきますよう依頼申し上げます。

提出日	令和　　年　　月　　日

記号・番号	９００　－		
被保険者氏名		生年月日	昭和　　年　　月　　日
住　　所	〒　　－ TEL　（　　）－（　　）－（　　）		
資格喪失日	令和　　年　　月　　日		
返還理由 （該当項目に○）	１．就職のため（勤務先で健康保険の被保険者資格を取得したため）		
	２．被保険者死亡のため		
	３．特例退職被保険者でなくなることを申し出たため		
	４．その他（　　）		

返還先口座 （a・bいずれかに○、aの場合は口座情報も記入）	a．下記口座　を指定する									
	金融機関	銀行、農･漁協　　支店 信用金庫、信用組合、労働金庫　　本店								
		銀行コード					支店コード			
	預金種目	普通　・　当座								
	口座番号	右詰めでご記入ください								
	口座名義	カナ								
		漢字								
	b．公金受取口座　を利用する（マイナポータルで公金受取口座の登録が必要）									

返還先口座として公金受取口座を指定された場合、健保にてマイナポータルに登録された公金受取口座の情報を法に基づき取得させて頂きます。また、マイナポータルに公金受取口座の登録がなかった場合、振り込みが出来ませんのでご注意願います。

（健保組合使用欄）※記入不要

返　還　額　計　算　欄			
返　還　金（払戻）		還　付　金	
該　当　月		該　当　月	
基本保険料	円	基本保険料	円
特定保険料	円	特定保険料	円
調整保険料	円	調整保険料	円
介護保険料	円	介護保険料	円
子ども・子育て支援金	円	子ども・子育て支援金	円
計	円	計	円

合　計	円