保険料等返還請求書

※太枠のみ記入してください

被保険者情報	**被保険者の記号**					**番号**					
	被保険者氏名										
	生　年　月　日	**昭和・平成**				**年　　月　　日**					
	住　　　所	**〒　　—**									
		電話番号　　　　（　　　　）									

返還請求の理由	**□ 資格取得の取消し　　□誤振込　　□前納の取消**
	□ その他（　　　　　　　　　　　　）

請求額	**円**

振込先金融機関	金融機関コード					店番号				預金種別	□　普通 □　当座	口座番号								
	□銀行 □金庫 □組合					□本店 □支店				（フリガナ） 預金口座名義										

受付日付印

年　　月　　日提出

神奈川県医療従事者健康保険組合 殿