

被保険者等	記号	番号	被保険者氏名 (生年月日 年 月 日)			
還付理由	1.就職 2.死亡 3.その他 ()					
振込口座	金融機関名		支店名			
	金融機関コード		支店コード			
	預金種目	1.普通 2.当座	口座番号			
	口座名義カナ					
上記のとおり請求します。 年 月 日						
ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿						
請求者			住所			
			氏名			
			電話	— —		

ご就職による喪失の方は、就職先で発行された「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」のコピーを添付してください。

これまでJR健保の被扶養者として加入していたご家族が、国民健康保険に加入する場合、JR健保で発行される「被扶養者資格喪失証明書」が必要となります。希望の有無を下記にご記入願います。

・被扶養者資格喪失証明書の発行を 希望する 希望しない

【健康保険組合使用欄】

資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
還付金		還付額	
還付対象期間	年 月	～	年 月

資格喪失証明書	
年 月 日発行	
納付額証明書	
年 月 日発行	

受付日	入力	整理番号