

軽減制度利用申出書

年 月 日

全国労働金庫健康保険組合理事長 様

特定受給資格者等である任意継続被保険者として軽減措置利用の申出を行いますので、
 年 月 日に納付した任意継続保険料の前納保険料については、初めからなかったもの
 として、精算していただきますようお願いいたします。

任意継続被保険者が記入するところ	被保険者証 記号・番号	記号 番号	1 0 0	生年月日	5:昭和 6:平成	年	月	日	
	任意継続被保険者の氏名・フリガナ	(フリガナ)							
	任意継続被保険者の住所・電話番号	〒	-						
	任意継続被保険者の住所・電話番号	(フリガナ)							
	電話番号								

還付振込希望口座	金融機関	金融機関コード	預金種別	1. 普通 2. その他 ()	労働金庫 銀行 本店 支店
		※			
		口座番号	口座名義	(フリガナ)	

◎ 【※】 印欄は記入しないでください。

【添付書類】「雇用保険受給資格者証（第Ⅰ面）」(写)

【注意事項】

- 1 特定受給資格者等として実際に失業給付を受ける方で、雇用保険受給資格者証等の離職理由コードに「11・12・21・22・31・32」及び「23・33・34」と記載されていないならば、この書面による申出はできません。
- 2 前納された保険料から、本申出の月までの期間について、前納割引のない月額保険料を納付に充て、残りの額を当該任意継続被保険者に返還します。
- 3 任意継続被保険者の資格喪失は、本申出の月の翌月10日までに当該任意継続被保険者が保険料を納付しなかったときには、健康保険法第38条第3号の規定にもとづき、同月11日に資格の喪失となります。

※精算内容	申出月	
	充当月数	
	納付金額	
	@ 円 × カ月 = 円	
	還付金額	

	部長	次長	担当
決裁日	備考		

受付日付印