

任意継続資格喪失申出書(被保険者死亡)

被保険者が死亡したため「任意継続保険料」の返金を要求します。

保険証の 記号番号	90 -	被保険者 氏 名	
死 亡 日			令和 年 月 日
※ 請 求 者	氏 名	死亡者からみた 続 柄	
	住 所	〒 -	
	電話番号	←日中連絡がとれる番号を ご記入ください	

※請求者は原則として法定相続人に限る

振 込 先	請求者名義の振込先												
	<input type="checkbox"/> 銀行	店 番					種 別	<input type="checkbox"/> 普通	座 番 号 (右詰)				
	<input type="checkbox"/> 信金							<input type="checkbox"/> 当座					
<input type="checkbox"/> 農協						<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店							
名義人名 (カタカナ)	←名義人名は被保険者(従業員)名または請求者名 をカタカナでご記入ください。												

《必須添付資料》

戸籍謄本（除票後）

トヨタ車体健康保険組合の保険証カード（死亡された本人および被扶養者）