

常務理事	業務局長	次長	調査役	係長	主任	係

返納金返還証明願 (資格喪失後受診用)

【注意事項】 ※「返納金返還証明願」を依頼する前に必ずお読みください。

- 「返納金返還証明書」の発行は、資格喪失後受診に係る医療費の返還手続を完了した方に限ります。
「返納金返還証明書」は、当組合の健康保険資格を喪失した後に保険証を使用したことにより発生した医療費(組合負担分)を、当組合へ返還したことを証明するものです。
当組合へ返還した医療費は、受診時に加入していた他の保険者(国民健康保険等)へ給付申請することができますが、申請には領収書が必要です(詳しくは申請先の保険者へご確認ください)。
返還手続の際に納付書を使用せず、領収書の発行がなかった場合にご利用ください。
※返還手続が完了していない場合、証明書の発行はできませんのでご注意ください。
- 被保険者証記号-番号が不明な場合は記入不要ですが、**氏名・生年月日・住所・電話番号・当組合加入時の会社名は記入必須です。**
- 受付は郵送のみの対応となります。窓口交付は行っておりません。**
証明願が当組合に到着後、約1週間で証明書を発行します。
- 問い合わせの際は、「返納金返還証明願」交付希望の旨と氏名・被保険者証記号-番号を、記号-番号がわからない場合は生年月日をお知らせください。

●「返納金返還証明書」は健康保険資格を証明するものではありません。

「健康保険資格証明交付申請書」にてお手続きください(担当：適用一課 TEL03-5925-5302)。
※用紙はホームページからダウンロード出来ます。

<「返納金返還証明願」申込記入欄>

記入日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証記号		フリガナ			
			氏 名			
	被保険者証番号		生年月日	昭和	年	月 日
				平成		
	住 所	〒 -				
電 話 番 号	※平日9時から16時までに連絡が取れる電話番号を記入してください。			返納日	年 月 日	
	☎ ()			返納額 円		
IT健保加入時の会社名	※勤務していた会社名をご記入ください。(派遣勤務されていた方は「派遣元」の会社名を記入してください)					

受付日付印

<証明願の郵送先> ※郵送のみの対応となります。窓口交付は行っておりません。

〒169-8516 東京都新宿区百人町2-2 7-6

関東ITソフトウェア健康保険組合 求償課 (TEL 03-5925-5326)