

健康保険 給付金銀行振込依頼書 (新規・変更)

届出	令和 年 月 日						
被 保 険 者	被 保 険 者 等		氏名	所 属 事 業 所	TEL () - (内線) - (外線)		
	記号	番 号			〒	-	TEL () - (外線) - (内線)
		生年 月日	昭和 平成 年 月 日	現住所	〒	-	TEL () - (外線) - (内線)

● 被保険者死亡の場合は、上記「被保険者」欄に加えて下記「依頼者」欄も記入してください。

依 頼 者	氏名	印	被保険者 との続柄		現住所	〒	-	TEL () - (外線) - (内線)
-------------	----	---	--------------	--	-----	---	---	-------------------------

健康保険組合から私に給付される給付金は、次の私名義の金融機関口座へ振込んでください。なお、振込みと同時に、受領したものと認めます。

(どちらか一つをご指定ください。)

ゆうちょ銀行 以外の金融機関	金融機関コード		支店コード		預金種別	口 座 番 号			口 座 名 義 ^{*2}
	銀 行 金 庫 信 用 組 合 農 協	支 店 支 所 出張所	1. 普通(総合) 2. 当座				フリガナ		

ゆうちょ銀行	金融機関コード	9 9 0 0	支店コード		※ ¹ 預金種別	1. 普通 2. 貯蓄	口座番号	
	通帳記号	通帳番号				口 座 名 義 ^{*2}		
	1 0 の					フリガナ		

※1 預金種別について

(普通)総合口座・通常貯金

(貯蓄)通常貯蓄預金

※2 口座名義について

被保険者名義の口座をご記入ください。
ただし、被保険者が死亡の場合は、
依頼者名義の口座をご記入ください。

被保険者 確 認 欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。				
①申請者本人(被保険者または依頼者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。						

健 保 組 合	同		決定年月日		入力
	常務理事	事務長	担当		

事 業 主	各長	担当
	主 管	

受 付 印