

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 -)
	記号	番 号					
				生年月日	昭和 年 月 日 平成	現住所	Tel () -

● 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 () -
-------------	----	---	--------------	-----	-----------

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 よ 銀 行	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 よ 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	伺			決定年月日			入力
	常務理事	事務長	担当				

事 業 主	主 管	各長	担当

受 付 印