

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 証		氏 名	印	所 属 事業所	Tel () - (内 -)	
依 頼 者	記 号	番 号	生 年 月 日				昭 平 年 月 日	被 保 険 者 との続柄

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 っ ち ゃ 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 信用組合 農協	支 店 支 所	1. 普通 (総合) 2. 当座		フリガナ

ゆ っ ち ゃ 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	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、
 受取者名義の口座をご記入ください。

健 保 組 合	伺			入力
	常務理事	事務長	担当	

事 業 主	主 管	各長	担当

受 付 印