

健康保険 給付金銀行振込依頼書 (新規・変更【記入例】)

届出 令和 元年〇〇月〇〇日											
依頼者	被 保 険 者 証		氏 名	健 康 太 郎 健康 印		所 属 事業所	〇〇〇〇 (株) 〇〇部 〇〇課				
	記 号	番 号					TEL (000) 123-4567 (内123-4567)				
	20	555555		生 年 月 日	昭 平	50年10月15日	被 保 険 者 と の 続 柄	本 人	現 住 所	〒 000-1234 広島市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇マンション101	
										TEL (000) 987 - 6543	

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 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	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	5 1 8	※1 預金種別	1. 普通 2. 貯蓄	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	通帳記号		通帳番号			口座名義 ^{※2}		
	1 5 5 5 0	の	1 2 3 4 5 6 7 1	フリガナ ケンコウ タロウ 健康太郎				

※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