

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 証	
	記号	番 号
	氏名	
	昭和 年 月 日	平成 年 月 日
	所属 事業所	現住所
	Tel () - (内線 -)	〒 - 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	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 よ 銀 行	金融機関コード	支店コード	※1 預金種別	口 座 番 号	口 座 名 義 ^{※2}
	9 9 0 0		1. 普通 2. 貯蓄		フリガナ
	通帳記号		通帳番号		
	1	0	の		

※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