

常務理事	事務長	部・課長	係長	主任	主務	係員

健康保険 保険給付金 銀行振込依頼書

事業所記号			記入日	年 月 日
振込口座および受取代理人指定欄	金融機関	銀行 支店		
	フリガナ			
	口座名義			
	預金種別	普通 当座		
	口座番号			
	振込開始年月日	年 月 日		
	受取代理人氏名			受取代理人登録印 (シャチハタ不可)
事業主記入欄	事業所所在地	保険給付金の受け取りについては上記のとおり振込口座および受取代理人を指定します。 <div style="text-align: right;">(印)</div>		
	事業所名称			
	事業主氏名			

【留意事項】

- ※ 1 振込口座の金融機関は可能な限り三菱UFJ銀行でお願いします。
- ※ 2 各給付金支給申請書は上記受取代理人氏名および登録印にて申請してください。
- ※ 3 振込口座ならびに受取代理人・登録印に変更が生じた場合は届出してください。