

保険給付金 振込送金・変更 依頼書

令和 年 月 日

川口工業健康保険組合

事業所所在地  
名称 ①

職 名  
受 領 受 任 者 名

★ 希望する金融機関へ  
提出して確認印を  
受けて下さい。

金融機関の確認印

②

金融機関お届け印

私が受任した当社の被保険者に係る保険給付金の受領については下記の金融機関の預金口座へ振込送金を依頼します。

なお振込を受けた場合は、すみやかに委任被保険者へ支払うとともに明確な受払い処理を行います。

(注)

受領受任者に変更があったときは、すみやかに変更の届出をして下さい。

| 金融機関名          | 本・支店名 | 預金の種類 | 口座番号 |
|----------------|-------|-------|------|
|                |       |       |      |
| ③              |       |       |      |
| 口座名義<br>(フリガナ) |       |       |      |

※ 提出された時期により、口座変更開始日がずれることがありますのでご了承ください。

(記入箇所)

- ① 所在地・名称・受領受任者は口座名義と同一のものをご記入ください。
- ② 金融機関お届け印を押印してください。
- ③ 保険給付金の送金を希望する金融機関情報をご記入ください。

(手続き手順)

- 1) 記入後、送金を希望する金融機関へ提出して確認印を受けてください。
- 2) 当健康保険組合へ提出してください。

※ 控が必要な場合は、コピーをとり保管してください。

※ 提出された時期により、振替開始日がずれることがありますのでご了承ください。