

受付印

提出日	年	月	日
-----	---	---	---

基本情報	
記号・番号	—
被保険者氏名	
現住所	〒 —
電話番号	

振込先情報									
銀行名									
支店名									
口座種別	普通 ・ 当 座								
口座番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
(フリガナ)									
口座名義									

【注意事項】

- * この届出は、給付金(高額療養費)をお振込するための用紙です。
- * 振込先口座は、被保険者本人名義に限ります。
- * 今後、給付金の支給が発生した場合は、今回お届けいただいた口座へお振込いたします。振込先口座を変更される場合は、必ず当健保組合までご連絡ください。