

支給金口座振込依頼書

私に対する貴健康保険組合の支給金は、下記の銀行口座に振込み願います。

記

振込先金融機関名	口座番号(普通口座のみ)	名義人氏名
銀行 _____	普通口座 _____	フリガナ _____
支店 _____	_____	氏名 _____

令和 年 月 日

請求者の

〒 _____

住所

氏名

(被保険者等記号—番号 _____)

博報堂健康保険組合理事長 殿

<記入上の注意>

過払保険料返金や給付金や補助金支給等の振込に使用するための口座登録用紙です。

振込先口座は被保険者名義人のものに限りです。

改姓等により、口座名義と被保険者名が違う場合はお振込ができません。

※消えないボールペンでご記入ください。

この申請での保険料の自動引落しはできません。別途手続きが必要となります。