

常務理事	事務長	課 長	担 当

健康保険給付金振込口座届について

被保険者の方に、健康保険組合から支給する療養費の現金給付等につきまして、下記に記載頂いた個人銀行口座名にお支払い致します。

- ・支払日は、毎月月末営業日(月末が休日の場合は、前日)となります。
- ・銀行振込依頼書の提出締切日は、毎月月末営業日の前々日となります。

注1 提出締切日までに、ご提出頂けない場合は、翌月のお支払いとなります。

注2 メール(添付PDFファイル)、ファックスでも受け付けますが、**捺印のあるものとし、後日、必ず本書を提出して下さい。**

注3 振込銀行口座が変更となった場合は、再提出して下さい。

注4 これまでに、当該「健康保険給付金振込口座届」を提出された方は、提出不要です。

令和 年 月 日

丸全昭和運輸健康保険組合 御中

健康保険給付金振込口座届

被保険者氏名		⑩				記号		番号	
住 所		〒 -							
連 絡 先 (TEL)									
金 融 機 関 名		(銀行等名称)		金融機関コード		(支店等名称)		店舗コード	
預 金 種 別		普通口座							
口 座 番 号								※ 左づめで御記入ください。	
口座 名義	フリガナ								
	漢 字								

(注) 口座名義及びフリガナは金融機関等で登録したものを正確に記載して下さい。
口座の照合はフリガナを用いて行いますので、フリガナは正確に記入して下さい。