

付加給付金・高額療養費振込口座申込書

| | | | | |
|-----|----|----|----|---|
| 事務長 | 部長 | 課長 | 合議 | 係 |
| | | | | |

| | |
|----------------|--|
| 健康保険の 事業所記号 | |
|----------------|--|

◎種目欄は
◎届出の口座番号を金融機関で必ず口座確認してください。
※印欄は記入しないでください。

| 被保険者 整理番号 | フリガナ 被保険者の氏名 | 区分 | 振込金融機関 | | | | 種目 | 口座番号 (7桁) | 備考 |
|--------------|-----------------|----|-------------|-------------|-----------------|---------------|----|--------------|----|
| | | | フリガナ 農協名 | フリガナ 支店名 | 金融機関コード (4桁) | 店舗コード (3桁) | | | |
| ※ | フリガナ | 2 | | | | | | | |
| ※ | | 2 | | | | | | | |
| ※ | | 2 | | | | | | | |
| ※ | | 2 | | | | | | | |

上記被保険者及びその被扶養者にかかる健康保険法第52条及び第53条に基づく現金給付について、千葉県農協健康保険組合から支給を受ける場合、上記指定口座に振込を受けることについて、被保険者本人の同意を得たうえで申込みします。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

| | | |
|--------|---|------|
| 事業所所在地 | 〒 | — |
| 事業所名称 | | |
| 事業主氏名 | | |
| 電話 | (| 局) 番 |