

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



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)			
※	ケンボ タロウ 健保 太郎	2	〇〇 〇〇	ホンテン 本店	××××	×××	1	●●●●●●●	
※	ケンボ ハナコ 健保 花子	2	〇〇 〇〇	ホンテン 本店	××××	×××	1	●●●●●●●	#
※		2							
※		2							

◎種目欄は1、普通 2、当座 9、その他ですのて該当番号を記入してください。
 ◎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。

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

記入

口座に変更があった場合も、当該申込書をご使用ください。
 その場合は、「被保険者整理番号」欄に、健康保険証の番号を記入してください。