

常務理事			担当者

給付金口座登録依頼書

		年	月	日	提出						
被保険者等の記号・番号	記号	被保険者氏名	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成						
	番号					年	月	日			
自宅住所	〒			電話番号							
				メールアドレス							

私の保険給付金につきましては、下記の金融機関の口座にお振込み下さい。

金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	金融機関コード				
支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> その他	支店コード				
預金種別	普通					
口座番号	右づめでご記入ください					
フリガナ						
口座名義						

※ 近日中に婚姻等により口座名義を変えられる場合は、事前に健保BPOセンターまでご連絡ください。
 (口座名義が相違すると、振込ができない可能性があります。)

受付印

1. 口座名義は、被保険者本人名義の口座に限ります。
2. 被保険者氏名と金融機関の口座名義が同一でないと、給付金の振込はできません。
3. 金融機関の統廃合等により支店名が変更されている場合がございますので、ご注意ください。