

事業所 名称	
-----------	--

事業所記号			
-------	--	--	--

常務理事	事務長	業務課長	係

確認欄	この届出については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。
<input type="checkbox"/>	

健保事務担当者確認欄	<input type="checkbox"/>
令和 年 月 日 提出	

健康保険

保険給付金振込依頼書

- 新規・変更
- 受領委任
- 公金受取口座

私が受け取る保険給付金の振込先は、下記の口座（受領委任の場合は事業主が指定する口座）に指定します。

① 被保険者番号	② フリガナ 氏名	③生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
-------------	-----------------	---	--------------	---

金融機関の口座を指定する場合																			
⑥ コード番号	コード番号	<input type="checkbox"/> 普通																	
金融機関	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 当座																	

事業主に受領委任する場合																				
健康保険給付金に関する受領を事業主に委任します。		(住所)																		
		(氏名)																		
⑦ 事業所 記入欄	(事業所)																			
	所在地 名称 事業主																			
	コード番号	コード番号	<input type="checkbox"/> 普通																	
	金融機関	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 当座																	
	名義人	フリガナ																		

⑧公金受取口座を指定する場合	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を指定します。	※指定する場合は☑して下さい。
(注意) 保険事業関係の補助金（健診及びインフルエンザ予防接種等）の振込先として、公金受取口座を指定することはできません。		

(注意)

- 金融機関のコード番号は、健保事務担当者が記入して下さい。
- 保険給付金の振込先は、JA以外の金融機関についても指定することができます。
- 事業主に受領委任する場合、「2」の欄に必要な事項記入のうえ委任をお願いします。なお、被保険者の住所および氏名は自署して下さい。
- 被保険者の捺印は省略することができます。
- 事業主欄の下にある「確認欄」は必ず被保険者が☑を付けて下さい。
- 健保事務担当者確認欄は、事業所の担当者が☑を付けて下さい。
- マイナポータル等で事前登録した公金受取口座についても給付金振込先として指定できます。

受付印	
処理年月日	