

1012

## 給付金等振込口座変更届

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

《添付書類》 なし

被保険者が自ら記入する場合は、被保険者の押印は省略可

(1)被保険者証の記号	(2)被保険者証の番号	(3)勤務箇所	(4)被保険者氏名	印
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

(5)金融機関コード	(6)金融機関名
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(7)支店コード	(8)支店名
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(9)預金種目	(10)口座番号
<input type="text"/> 1:普通 2:当座	<input type="text"/>

(11)口座名義(通常表記)
<input type="text"/>

※ 姓と名の間は、1マスあけて記入してください。

(12)口座名義カナ(カタカナ表記)
<input type="text"/>

※ 姓と名の間は、1マスあけて記入してください。

上記のとおり、事業主を経由して届出いたします。

事業所使用欄	箇所長	☑	電話	—	健保担当課	☑	事業主整理番号	
--------	-----	---	----	---	-------	---	---------	--

備考 事業主を経由せず直接、健康保険組合に届出する場合は「上記のとおり、~~事業主を経由して~~届出いたします。」のように、「事業主を経由して」の部分有二重線で抹線して提出してください。