

給付金等振込口座・被保険者氏名変更届

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。
注4 被保険者の氏名以外の変更と被扶養者の氏名等の変更については、被保険者・被扶養者氏名等変更届を提出してください。
〈添付書類〉 なし

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| (1)被保険者等記号 | (2)被保険者等番号 | (3)勤務箇所 | (4)被保険者氏名 |
| <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="checkbox"/> 1:普通 <input type="checkbox"/> 2:当座 | <input type="text"/> |

(11)口座名義(通常表記)(記入不要)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 記 | 入 | 不 | 要 | で | す | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

※ 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)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(18)資格確認書発行要否
マイナ保険証未所持の方は資格確認書が必要です。

発行が必要

※ 姓と名の間は、1マスあけて記入してください。
※「発行が必要」にチェックを入れた場合、別途「1004資格確認書交付申請書」の提出が必要です。

上記のとおり、事業主を経由して届出いたします。

事業主を経由して給付金等振込口座の変更を届出する場合で、被保険者の氏名変更を行う場合は以下も記入してください。

(13)被保険者の氏名変更

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 0:変更する |
| <input type="checkbox"/> 1:変更しない ※氏名変更をしない場合は、記入は不要です。 |

(14)変更前の氏名

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

(15)変更後の氏名(通常表記)

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

(16)変更前の氏名フリガナ

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

(17)変更後の氏名カナ(カタカナ表記)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

※(15)(17)は、姓と名の間は、1マスあけて記入してください。

| | | | | | |
|--------|-----|----|---|-------|---------|
| 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 給付金等振込口座の変更を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」の部分に二重線で抹線して提出してください。なお、直接、給付金等振込口座の変更を健康保険組合に届出する場合で、氏名変更が必要な場合は、別途、事業主に「被保険者・被扶養者氏名等変更届」を提出してください。