

健康保険給付金等振込口座登録届

令和 年 月 日

兵庫自動車販売店健康保険組合 様

被保険者 住所

氏名

私及び私の家族に係る健康保険給付金等の支払を下記金融機関口座への振込を希望します。

記

健康保険証の記号番号		被保険者氏名（口座名義人）
(記号)	(番号)	フリガナ

銀行名		支店名	預金区分	口座番号					
フリガナ		フリガナ	1. 普通						
コード番号		コード番号	2. 当座						

※ 登録される口座は、被保険者本人に限ります。

※ 登録された口座は、当健康保険組合からの給付金等振込以外の目的には使用いたしません。