

常務理事	事務長	担当者	担当者

## 任意継続被保険者 給付金銀行振込（新規・変更）申請書

川崎汽船健康保険組合 理事長 殿

令和 3年 9月 20日

被保険者情報	記号	9 0 1	番号	1 2 3 4 5 6 7	生年月日	年 月 日
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3 1 0 4 0 8
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎			
	住所	(〒 100 - 1234 )	東京	都 道 府 県	港区西新橋	〇〇-〇〇-〇〇
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 ( 1234 ) 5678	〇〇〇マンション 501号室				

健康保険組合から支給される給付金の振込口座を下記のとおり申請いたします。

### 記

申請内容	申請区分	① 新規 2. 変更	実施年月日	令和 03 年 10 月 支給分より
------	------	------------	-------	--------------------

② 振込先指定口座は、必ず被保険者本人名義の口座を指定くださいますようお願いいたします。

振込先指定口座	金融機関	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	① 普通 2. 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼ 姓と名の間は1マス分空けてご記入ください。 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			

以上

受付日付印
-------