

以下 請求書に共通した 2 枚目(続紙)

【傷病手当金】【出産手当金】【療養費(家族)療養費】【海外(家族)療養費】【埋葬諸費/家族埋葬料】

【出産育児一時金/家族出産育児一時金】【移送費/家族移送費】

振 込 先 指 定 口 座	金融機関 名称	金融機関名		支店名													
	預金種目	普通・当座	口座番号(左づめ)														
		別段・通知															
口座名義	カタカナ (姓と名の間は 1 マス開けてください。)																

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	<input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 記号・番号 _____ 氏名 _____ 住所 _____
	代理人 (口座名義人)	住所 _____ 氏名 _____

被保険者のマイナンバー記載欄												
・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。												

川崎汽船健康保険組合理事長 殿