

健康保険

保険給付金受領代理人 選任 変更) 届

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 () — 番

当社の被保険者にかかる、健康保険給付金の受領代理人として、下記のとおり
(選任・変更)いたします。

事業所記号					
受領代理人	健康保険証の記号			番号	
	所属部(課)係名			氏名	
口座名義	フリガナ				
銀行コード	<input type="checkbox"/> 銀行			<input type="checkbox"/> 本店	
	<input type="checkbox"/> 信用金庫			<input type="checkbox"/> 支店	
	<input type="checkbox"/> 信用組合				
支店コード					
口座番号	<input type="checkbox"/> 普通			N O.	
	<input type="checkbox"/> 当座				

- ※ 当該受領代理人届は事業主名にてご提出ください。事業主代理人による届出はお受けできません。
- ※ 口座名義の欄は金融機関で登録した名義を省略せずにご記入ください。
- ※ 口座名義は「事業所名称+健保口座+(変更後の)受領代理人氏名」の順で作成していただき、保険給付金専用口座としてください。