

(第4号の1様式)

正

医療機関の窓口で支払う医療費の自己負担が一定額を超えたときに、あとで給付金として支給されます。
当健保組合では、在職中の被保険者にこの給付金が発生した場合、事業所あてに自動払いを行っており、この届出書は、自動払いをするためにご提出いただくものです。

該当する部分を○で囲んでください

健康保険
保険給付金 受領代理人 振込口座 選任 変更 届

「正」「副」2枚ありますので2枚とも提出してください。

事業所所在地 東京都新宿区●●●●●1-2-3

「正」の入力内容が自動的に「副」に反映されます。

事業所名称 健保不動産株式会社

事業主氏名 健保 太郎

電話番号 ●●● - ●●●● - ●●●●

該当する部分を○で囲んでください

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 (健康保険証記号)	9	9	9	9	健康保険証の記号を記入してください							
受領代理人	健康保険証の記号	9	9	9	9	番号					1	0
	所属 部(課)係名	氏名					生年月日					
<p>健保組合から振り込まれる給付金を被保険者へ渡していただく方を被保険者の中から1名選任していただき、その方の所属部(課)・氏名・生年月日を記入してください</p>												
口座名義	フリガナ	個人名義の口座では受付できません 事業所名義の口座を記入してください										
	事業所名義											
銀行コード	●●●●				銀行				●●		支店	
	無記入								支店コード	1	2	3
口座番号	普通預金		No.		1 2 3 4 5 6 7							

- * 正・副ともに提出してください。
- * 受領代理人は当健康保険組合の被保険者の方を選任してください。
- * 口座名義は事業所名称のものを記入してください。
- * 太枠内は記入しないでください。
- * 事業所名称変更による口座名義の変更、受領代理人の異動・退職による変更、事業主変更の場合も、この届出書を提出してください。
- * 口座を変更される場合は事前に会計課までご連絡(03-3343-2802)ください。