健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費銀行口座振込依頼書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報			
被保険者証の（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　　－　　）　　都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		
□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）			

振込先指定口座				
金融機関名称	銀行　金庫　信組　農協　漁協　その他（　　）		本店　支店　出張所　本所　支所	
預金種別	□ 1．普通　3．別段 2．当座　4．通知	口座番号	□□□□□□□	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。） □□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□		口座名義の区分	□ 1．申請者 2．代理人

（29.3）

受付日付印