

被保険者 健康保険 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 1 0 0 1	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 0 1 0 4 0 1
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子		
	住所	(〒 541 - 〇〇〇〇 ) 大阪 都道府県 〇〇区△△□-□-□		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇		
<input type="checkbox"/> 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	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ( )	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	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	▼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。) ケンポ° ハナコ			

受付日付印