

味の素健康保険組合 御中

振込口座 登録変更 依頼届

該当する方を選択してください

【 任意継続被保険者 ・ 資格喪失被保険者 】

令和 年 月 日記入

|         |      |  |    |      |          |   |   |   |   |  |
|---------|------|--|----|------|----------|---|---|---|---|--|
| 被保険者等の  | 記号   |  | 番号 |      |          |   |   |   |   |  |
| 被保険者の氏名 | フリガナ |  |    | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日 | 印 |  |
|         |      |  |    |      |          |   |   |   |   |  |

|          |                    |  |  |  |                 |  |  |  |                        |
|----------|--------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|------------------------|
| 振込先口座    | フリガナ               |  |  |  | フリガナ            |  |  |  |                        |
|          | (銀行コード )           |  |  |  | (店番号 )          |  |  |  |                        |
|          | 銀行 ・ 信金<br>組合 ・ 労金 |  |  |  | 本店<br>支店<br>出張所 |  |  |  |                        |
| 口座番号     | 普通                 |  |  |  |                 |  |  |  | 口座名義<br>※カタカナで記入してください |
| 登録または変更日 | 令和 年 月 日より         |  |  |  |                 |  |  |  |                        |

【送付先】

味の素健康保険組合  
 〒104-0031  
 東京都中央区京橋 1-19-5  
 味の素本社ビル第2別館7階  
 TEL 03-5250-5401

|      |     |   |  |
|------|-----|---|--|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |  |
|      |     |   |  |

受 付 印