

健康保険 振込口座登録票

申請者（被保険者）記入用

申請者情報	被保険者証の (右づめ)	記号 	番号 	記入日 年 月 日 □ 令和
	氏名・印	(フリガナ) -----		
	住所	(〒) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 本所 支所		
	預金種別	1. 普通	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。) 		

- 振込口座登録票の申請者および口座名義人は、別途ご提出いただく申請書の申請者と同一の方に限ります。（権利継承届をご提出いただいている場合も同様となります。）
- 受取代理を利用する場合はa z b i lグループ健康保険組合までお問い合わせください。

備考欄

受付日付印

人事・業務担当者

健保使用欄

常務理事

事務長

担当者