

# 振込口座指定書

被保険者(申請者)記入用

▼出産手当金、傷病手当金、療養費、出産育児一時金、埋葬費の各申請を行う際に、被保険者が給付金に関する受領を事業主に委任しない場合(すでに資格を喪失している場合や、事業所における給与振込口座とは異なる口座への振込みを希望する場合)に、申請書と一緒に提出してください。

※任意継続被保険者については、資格取得申出書に記載した口座に変更がない場合は提出不要です。

被保険者情報	被保険者証の記号番号(左づめ)	記号	番号	枝番	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男
						<input type="checkbox"/> 平成					<input type="checkbox"/> 女
	フリガナ					連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯				
氏名											
住所	〒										町名・番地
		都道府県		市区町村	アパート・マンション名						

▼指定する口座は、被保険者本人名義の口座に限ります。

振込指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は✓。利用しない場合は下記に口座情報を記入)  注1) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 また、申請書を提出した後に、ご自身がマイナポータル等で公金受取口座を変更した場合は、変更前の口座に振り込まれることがあります。 注2) 保健事業の各種補助金(健康診断、予防接種等)は公金受取口座での受取対象外です。											
	金融機関コード					支店等コード						
	金融機関コード・名称	名称	銀行 金庫 農協 漁協 その他( )				本店 支店 出張所 本所 支所					
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通	<input type="checkbox"/> 2. 当座	<input type="checkbox"/> 3. 別段	<input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号						左づめでご記入ください。
	口座名義	フリガナ										
	漢字											
※フリガナは、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。												

組合受付印	事業所受付印