酒フーズ健康保険組合　殿

給付金振込銀行口座依頼書

当社にかかる保険給付のうち、高額療養費および療養の付加給付については、下記に指定する銀行口座に振込まれますようお願いいたします。

なお、給付金受取後は、責任をもって速やかに被保険者へお支払いいたします。

　　銀行名　　　　　　　　　　銀行　　　　銀行コード

　　本・支店名　　　　　　　　　　　　　　　　店　番　号

　　預金区分　　普通・当座・その他(　　　　)

 口座番号

 (フリガナ)

 口座名義

令和　　　年　　　月　　　日

 所在地

　　　　事業所名

　　　　事業主氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ 受付印

　　　　電話

告知番号　(　　　　　　　)