

# 保険給付金振込口座届

— 受付印 —

A N A グループ健康保険組合 御中

提出日	年 月 日
-----	-------

基本情報	
被保険者証 記号・番号	記号：                      番号：
被保険者氏名	
現住所	〒                      —
電話番号	(                      )

振込先情報	
①または②の <u>どちらか</u> をご記入下さい。	
①	
銀行名	
支店名	
口座種別	普通                      ・                      当 座
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義名	
②	
公金受取口座	※公金受取口座を利用する場合は☑を付けて下さい。 ☐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

## 【注意事項】

- ❖ 振込先口座は、被保険者本人名義に限ります。
- ❖ 今後、高額療養費など給付金の支給が発生した場合は、今回お届けいただいた口座へお振込みいたします。振込先口座を変更される場合は、必ず当健康保険組合までご連絡下さい。
- ❖ 公金受取口座を指定する場合、振込先情報の記入は不要です。