

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	
被保険者等 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								
銀行名								
支店名								
口座種別	普 通 ・ 当 座							
口座番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
口座名義名 (カタカナ)	※カタカナで記入して下さい							

備考

【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は、振込先情報欄の記入はせず、備考欄にマイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する旨、記載してください。