

健康保険任意継続被保険者 振込口座変更届

日本板硝子健康保険組合 御中

新振込口座

金融機関名 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店 \_\_\_\_\_

普通預金 口座番号 № \_\_\_\_\_

口座名義 \_\_\_\_\_

(被保険者の氏名と合わせてください。)

上記の通りお届けします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(被保険者等記号・番号) 9 - \_\_\_\_\_

(被保険者氏名) \_\_\_\_\_

.....  
受付日付印

|      |
|------|
| 常務理事 |
|      |



|     |
|-----|
| 担当者 |
|     |