

令和 年 月 日

小田急グループ健康保険組合

理事長 殿

所在地

名称

受任者氏名

印

## 振込依頼書 (A)

の被保険者に係る健康保険給付金は、下記の銀行へ振り込みくださるよう依頼します。

### 記

銀行名	銀行		支店
預金種別	普通預金	当座預金	
口座番号	No.		
口座名義人	事業所名称		
	役職等		
	(フリガナ) 氏名		
振込金種別	本人、家族に係わる法定給付費 療養費・傷病手当金・出産育児一時金・出産手当金・埋葬料(費)		
実施年月日	令和 年 月 日		
備考			

- <注> 1. 預金種別は、該当するものに○印を付けてください。  
2. 名義人には通帳に記載された名義人を全て記入し、氏名にフリガナをつけてください。  
3. 内容に変更が生じた場合は、あらためて提出してください。