

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 (B)

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	高額療養費・一部負担還元金・合算高額療養費付加金・家族療養費付加金	
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。