

の欄をご記入ください。

常務理事	事務長	担当	担当

給付金口座登録・変更依頼書

健康保険 の記号・番号	記号	被保険者名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日									
	番号																
自宅住所	〒 -			連絡先 ※1													

※1.確認事項が発生した際に利用しますので、連絡先は日中に連絡できる携帯番号等のご記入をお願いいたします。

私の保険給付金につきましては、下記の金融機関の口座にお振込み下さい。

金 融 機 関	銀行 金庫 信用組合 農協 漁協			金融機関コード ※2					
支 店 名	本店 支店			支店コード ※2					
預 金 種 別	普通			※2.お分かりの方はご記入ください。					
口 座 番 号									右づめでご記入ください 受 付 印
フリガナ									
口 座 名 義									

- 1. 口座名義は、**被保険者本人名義の口座に限ります。**
- 2. 被保険者証の氏名と金融機関の口座名義が同一でないと、給付金の振込はできません。
- 3. 金融機関の統廃合等により支店名が変更されている場合がございますので、ご注意ください。

< 提出先 >
下記の住所へお送りください。
〒544-8666
大阪市生野区巽西1-8-1（ロート製薬本社内）
ロートグループ健康保険組合宛