

令和 年 月 日

コニカミノルタ健康保険組合 理事長 殿

事業所記号

事業所名

事業主名

健康保険給付金 受領指定金融機関変更届

コニカミノルタ健康保険組合より被保険者に支給される、保険給付金の受領に関し別紙委任状によりその委任を受けたので届け出ます。

健康保険給付金受領に使用する印鑑届

印 鑑	
--------	--

振込指定金融機関

銀行番号	支店番号
フリガナ	
銀行	支店
普通 当座	口座番号
フリガナ	
口座名義	