

給付金受領代理人（変更）届

令和 年 月 日

東京都洋菓子健康保険組合 理事長 殿

事業所 所在地

事業所 名称

事業主 氏名

当事業所の被保険者にかかる貴健康保険組合から支給される保険給付金等の受領を下記の者に委任しましたのでお届けいたします。

記

受領代理人氏名	
---------	--

受領口座	銀行・支店名	銀行			支店		
		金融機関コード			支店コード		
口座の種類・番号	1. 普通						
	2. 当座						
口座名義	(フリガナ)						
備考							

※ 銀行以外の金融機関をご利用の場合は、銀行の文字を二重線で削除し、金融機関名をご記入ください。

※ 口座名義欄は金融機関で登録した（通帳に記載されている）名義を省略せずにご記入ください。

受付年月日