

企業年金基金
健康保険組合

給付金等振込口座

新規
変更

登録依頼書

エヌ・ティ・ティ企業年金基金 理事長殿
エヌ・ティ・ティ健康保険組合

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	対象者コード										①被保険者(申請者)氏名				②事業所・担当名(住所)					
	0	0	0	3	1	8	3	8	3	0	長野 太郎				〇〇支店 営業部門 TEL (026) 234 - 9999					
	③ 銀行名										みずほ				④ 支店名		長野 支店			
	⑤ 預金種別										① 普通 2 当 座				⑥ 口座番号		1 1 1 1 1 1 1			
先	⑦ 口座名義カナ										ナカノ タロウ									

《被保険者(申請者)記入欄》

- ① 被保険者若しくは任意継続被保険者の氏名を記入する。
- ② 被保険者は、事業所・担当名及び電話番号を記入する。
任意継続被保険者は、住所を記入する。
- ③ 銀行名を記入する。
- ④ 支店名を記入する。
- ⑤ 該当する番号を○で囲む。
- ⑥ 右づめで記入する。
- ⑦ 本人名義をカタカナで記入する。

記 事 入 欄	銀行コード										0	0	0	1	支店コード				4	2	6
------------------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	-------	--	--	--	---	---	---

《事業所記入欄》

「金融機関コード便覧」により、銀行・支店コードを記入する。

平成 年 月 日以降の私に対する健康保険組合の給付金等の支払いについては、上記の口座に振込をお願いします。
なお、振込をもって当方の受領と認めます。

- (注) 1 口座は必ず本人名義のものとしてください。
2 対象となる金融機関は、銀行等(ゆうちょ銀行含む)とする。
3 被保険者(申請者)氏名欄の押印は被保険者(申請者)が自署した場合は不要です。

処 理 欄	上記のとおり振込口座の依頼を確認する。			チ ェ ッ ク ポ イ ン ト	受 付
	課 長	審査投入責任者	審査投入担当者		
事業所	山梨 7/15	松本 7/15	上田 7/15	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者)記入欄の記入漏れはないか <input checked="" type="checkbox"/> システムへ登録をしたか	平成 24 年 7 月 15 日 担当 上田

(平成24. 7)

企業年金基金
健康保険組合

給付金等振込口座

新 規
変 更

登録依頼書

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長 殿
エヌ・ティ・ティ健康保険組合

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	対象者コード								被保険者(申請者)氏名								事業所・担当名(住所)								
	0	0	0						印								TEL () -								
	振 込 先	銀行名								銀行 信用金庫 信用組合 組 合 労働金庫								支店名		支 店					
		預金種別								1 普通				2 当 座				口座番号							
口座名義カナ																									

記 事 業 所 入 欄	銀行コード								支店コード							

平成 年 月 日以降の私に対する健康保険組合の給付金等の支払いについては、上記の口座に振込をお願いします。
なお、振込をもって当方の受領と認めます。

- (注) 1 口座は必ず本人名義のものとしてください。
2 対象となる金融機関は、銀行等(ゆうちょ銀行含む)とする。
3 被保険者(申請者)氏名欄の押印は被保険者(申請者)が自著した場合は不要です。

処 理 業 所 入 欄	上記のとおり振込口座の依頼を確認する。			チ ェ ッ ク ポ イ ン ト	受 付
	課 長	審査投入責任者	審査投入担当者		
				<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者)記入欄の記入漏れはないか。 <input type="checkbox"/> システムへ登録をしたか	平成 年 月 日 担当 _____

(平成24. 7)