

任意継続被保険者 様

オリジン健康保険組合

給付金の振込願いについて

この度任意継続被保険者の取得にあたり今後は当組合と皆様（被保険者）との事務手続きとなる事から、各給付金の支給該当となりました際に下記の通り銀行振込といたくご協力方宜しくお願い致します。  
尚、支給該当の給付金振込時には別途支給明細書を自宅宛て通知致します。

-----き-----り-----と-----り-----  
令和 年 月 日

オリジン健康保険組合御中

振込依頼書

貴健康保険組合より支給される給付金を下記による金融機関へ振込方  
お願いします。

| 銀行名 | 支店名 | 口座種類 | 口座番号 |
|-----|-----|------|------|
|     |     | 普通預金 |      |

記号 90 番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_