

健康保険給付金振込口座変更届 ②

みずほ健康保険組合 御中

被保険者 _____ の保険給付金については下記指定の預金口座にお振込み
くださいますようお願いいたします。
本件につきまして、みずほ健康保険組合に一切ご迷惑をおかけいたしません。

提出日		令和	年	月	日
被 保 険 者 等		記号	番号		
法定 相続 人	代 表	住 所	〒		
		電 話			
		氏 名	※自署	印	
		被保険者との続柄			
	住 所	〒			
		氏 名	※自署	印	
		被保険者との続柄			
		住 所	〒		
	氏 名	※自署	印		
	被保険者との続柄				

代 給 付 金 振 込 先 座 銀 行 口 座	フリガナ			
		銀行	支店	
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他()		
	口座番号			
	名 義	フリガナ		

【添付書類】 戸籍謄本(原本) または 除籍謄本(原本)
※被保険者と法定相続人の関係がわかるもの。
※ケースによりましては、上記の他に添付書類が必要となる場合があります。

【送付先】 ・ 行内メール → 行内メール番号:150000 大手町本部ビル24階
みずほ健康保険組合 給付チーム 宛
・ 郵便 → 〒100-8176 東京都千代田区大手町1-5-5 大手町タワー24階
みずほ健康保険組合 給付チーム 宛

(みずほ健康保険組合使用欄)

処理日	確認印	備考

ㄥ 受付印 ㄨ