【書式５－１０】

給付金等入金口座申請書【事業所用】

三菱ＵＦＪ銀行健康保険組合　（和暦）　令和　〇　年　〇　月　〇　日

ゴム印でも可

事業所名欄				事業所確認者	
事業所記号	【銀行】 行名・所属部室店名・ 部室店長役職名・同氏名 【関連会社】 会社名・代表者役職名・ 代表者氏名	株式会社〇〇〇〇 取締役社長　〇〇　〇〇		担当役付者名	〇〇　〇〇
0000				担当者名	〇〇　〇〇
				確認者電話	03-0000-0000
				健保宛発送日	令和〇年〇月〇日

口座番号情報の健康保険組合あて開示については、被保険者の同意を得ております。

被保険者番号	被保険者氏名	銀行番号 銀行名	支店番号 支店名	預金種類	口座番号 口座名義（カタカナ）
0000000	健保　〇〇	〇〇〇〇 三菱UFJ　銀行	〇〇〇 〇〇　支店	普通	0000000 ケンポ　〇〇
緑枠内は、プルダウンから選択（手入力も可）→文字の大きさ等は適宜変更可能。 黄色枠内は、手入力してください。　容易に消えない筆記用具で手書きも可。				普通	
		銀行	支店	普通	
		銀行	支店	普通	
		銀行	支店	普通	
		銀行	支店	普通	
		銀行	支店	普通	
		銀行	支店	普通	
		銀行	支店	普通	
		銀行	支店	普通	

【郵便】〒105-0014　東京都港区芝２－４－３　三菱ＵＦＪ銀行健康保険組合　業務第一部宛

【行内メール】東日本　（7872-50）三菱ＵＦＪ銀行健康保険組合　業務第一部宛

常務理事	事務長	部長	担当者		受付日	