

(様式20)

受付

健 保 決 済 欄	業務部長	次長	確認・担当者			
電算入力		令和	年	月	日	入力者

給付金振込口座（新規・変更）

事業所名（ ）

被保険者	記号		被保険者 氏 名	
	番号			
被保険者 住 所	〒（ ）			
被保険者 電話番号	TEL（ ）			

○貴組合からの給付金等を下記貯金口座に振り込んでください。

被保険者給付金振込口座（新規・変更） *いずれかを○で囲んでください

取扱金融機関		貯金種別	口座番号						金融機関コード					
JA		1. 普通												
		2. 当座												
フリガナ														
口座名義														
変更年月日		令和 年 月 日												

令和 年 月 日

長野県農業協同組合健康保険組合 殿

*個人口座の使用目的
被保険者に対する医療給付金、現金給付金が発生した場合の事業主口座から被保険者口座への振り込み処理時に使用。