トーハツ健康保険組合　宛

保険給付金振込口座届
（自動払い用）

受付印

提出日	年　　月　　日

基本情報	
記号・番号	―
被保険者氏名	
現住所	〒　　―
電話番号	

振込先情報		前回届出口座を継続使用する（左に○印・以下記入不要）
銀行名		
支店名		
口座種別	普　通　・　当　座	
口座番号		
（フリガナ）		
口座名義		

【注意事項】
＊この届出は、給付金（高額療養費）をお振込するための用紙です。

＊振込先口座は、被保険者本人名義に限ります。

＊今後、給付金の支給が発生した場合は、今回お届けいただいた口座へお振込いたします。振込先口座を変更される場合は、必ず当健保組合までご連絡ください。