

東 部 ゴ ム 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿

未支給金代理受領申請書・振込銀行依頼書

被保険者 の死亡により、代理人として本人の である
私 が貴健康保険組合より未支給金の支給を受領いたします。

令和 年 月 日

住所

氏 名 (印)

T E L ()

携帶TEL ()

振込を下記の通りお願いいたします。

銀 行 名	銀行			支店		
	金融機関コード			統一店舗番号		
口 座 名 いずれかに○をして下さい。	普 通 預 金 ・ 当 座 預 金					
口 座 番 号	No.					
フリガナ 名 義						

※郵便番号・電話番号・フリガナは必ず記入してください。