

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

リケンテクノス健康保険組合理事長 殿

所在地 東京都中央区日本橋小伝馬町
○丁目-○番

事業所名 ○○○ 株式会社

受領代理人 健保太郎 (印)

保険給付金の振込先について
(新規・変更・継続)

当事業所の健康保険者に対する保険給付金の受領については、
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 より下記の銀行口座宛にお振込みいただくよう
届出いたします。

記

銀行名	銀行コード番号 (○○○○)
	○○○銀行
取引店名	店 番号 (○○○○)
	○○○支店
口座番号	<u>普</u> ○○○○○○○○
	当
名義人	フリガナ ○○○○○
	○○○○○

以 上