

健康保険

事務担当者・給付金等受領代理人・振込銀行指定(新規・変更)届

常務理事	事務長		担当

■変更年月日： 令和 年 月 日

記号		変 更 前		新 規 届 また は 変 更 後	
事務担当者	氏名	フリガナ		フリガナ	
	連絡先	部・課 電話 ( )		部・課 電話 ( )	
		Eメールアドレス @		Eメールアドレス @	
		〒		〒	
書類送付先	<input type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> 社会保険労務士		<input type="checkbox"/> 事務担当者 <input type="checkbox"/> 社会保険労務士		
社会保険労務士等	名称				
	担当者氏名	フリガナ		フリガナ	
	連絡先	電話 ( )		電話 ( )	
		Eメールアドレス @		Eメールアドレス @	
	〒		〒		
受領代理人	氏名	フリガナ		フリガナ	
指定振込銀行	銀行名	銀行コード*	支店コード*	銀行コード*	支店コード*
		銀行	支店	銀行	支店
	口座名義	フリガナ		フリガナ	
	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	

事業主欄	事業所在地	〒 -
	事業名称	
	事業主氏名	
	電話番号	( )

受付日付印

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者

パレット健康保険組合