常務理事	事務長	係	係

健康保険　退職後の給付金振込口座(変更)届

＊これはファイザー健康保険組合を資格喪失した方に**ファイザー健保給付金をどこの金融機関にお振込みするのか、**ご連絡いただくための届となります。

① 被保険者等記号 － 番号 (右詰め)	―	② 退職年月日	和暦　年　月　日
③ 退職した会社名			
④ 口座情報 ＊申請者ご本人の口座を指定してください。	金融機関名(ゆうちょ銀行を除く) ◯銀行 ◯金庫	支店名 ◯支店 ◯出張所	預金種別 普通
	口座番号(右詰め)	口座名義(カタカナで表記してください。)	
⑤ 申請者の連絡先	〒　－ 【住所】		
	【日中の連絡先】　－　－		
	【メールアドレス】＊登録間違いを防ぐため英数のフリガナをお振りください。 フリガナ　@		
	@		

ファイザー健康保険組合理事長殿
上記の通り、申請をいたします。

申請年月日　和暦　年　月　日

申請者氏名
(被保険者氏名)

【記入に際してご注意いただくこと】

受付日

①について、ご不明の場合には記入いただかなくても問題はありません。

④申請者である被保険者ご本人の口座情報を記入してください。

⑤連絡させていただくこととあります。できるだけ記入してください。

令和元年 5月作成