

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 被保険者証 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)		支店名		預金種別	
	銀行 金庫		支店 出張所		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】					
	都・道			市・町		

	【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)

受付日

【記入に際してご注意いただくこと】

- 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。