

令和 年 月 日

第一生命健康保険組合 行

振込先口座確認書

(健康保険給付金等)

(健康保険の資格情報 _____ - _____) _____ 様 死亡による健康保険給付金・保険料返金 (※) の受領につき、下記の者を受取人として定めます。

ついては、下記口座あて送金願います。

受取人氏名 _____ 故人との続柄 _____

受取人住所 〒 _____

_____ 銀行

_____ 支店

口座番号 当座 _____
普通

フリガナ

口座名義人 _____

(埋葬料 (費) 請求者と同人口座)

(※) 保険料の返金は任意継続者、特例退職者のみとなります。