常務理事	事務長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決裁

提出日	令和	年	月	日

健康保険被保険者口座変更(訂正)届

被保険者の記号・番号（右づめ）	記号		番号		事業所の名称	
変更後の口座情報	金融機関名/コード		支店名/コード		種別	口座番号（右づめ）
	農協・信連・銀行		支店		普通・その他	
（フリガナ）						
口座名義	(氏)		(名)			
変更(訂正)年月日	令和	年 月 日	変更理由			

上記のとおり変更(訂正)しましたのでお届けいたします。

〒 －

住所

被保険者

氏名

被保険者が死亡した場合に記載

請求代理人 被保険者との続柄

氏名 （ ）

注 1.この届により得た情報につきましては、健康保険の保険給付等健康保険業務目的以外には利用いたしません

2.被保険者死亡の場合は、戸籍謄本を添付してください

3.お問い合わせは健康保険組合業務課までご連絡ください

受付印

静岡県農業団体健康保険組合