

J.フロント健康保険組合 理事長 殿

所 属 _____

氏 名 _____ 印

今般請求しました保険給付の受領について下記銀行口座へ振込を希望します

銀行名	銀行 <input type="text"/>	支店名	店 <input type="text"/>
預金種別	1. 普通 2. 当座 3. ()	口座名	(フリガナ)
口座番号			

尚、金融機関の入金票をもって、領収書とします。 *ゆうちょ銀行は指定できません。

委 任 状

今般請求しました保険給付の受領について下記の者に委任します。

記

※委任者 _____ 印 ※連絡先 TEL _____
(請求者との関係)

銀行名	銀行 <input type="text"/>	支店名	店 <input type="text"/>
預金種別	1. 普通 2. 当座 3.()	口座名	(フリガナ)
口座番号			

以 上

令和 年 月 日

殿
(委任者 殿)

J. フロント健康保険組合

支 給 決 定 通 知 書

項 目	支 給 期 間	月数・日数	日 額	支 給 額	支 給 年 月 日
	～				
	～				
	～				

※ 下記口座へ振込みます。

[振込先]	銀行	支店
普・当		殿

この決定に不服のあるときは、この通知書を受けた日の翌日から3ヶ月以内に口頭か文書で、社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に、審査の請求をすることができます。