

現金給付受領代理人届

令和 年 月 日

タムラ製作所健康保険組合
理 事 長 殿

事業所所在地

事業所名称

代表者氏名

貴組合から支給される当事業所被保険者に対する現金給付の受領については、下記の者が代理人として委任を受けましたので届出いたします。

この届書の有効期限は 令和 年 月 日から 令和 年 3月 31日までとし、代理人変更の意思表示がない場合は、有効期間満了日の翌日から向こう一年間更新したものとし、以後同様とする。

記

(新)受領代理人氏名

(旧)受領代理人氏名

受 領 口 座	銀 行 名	銀行	支店
	口 座 の 種 類	普通	当座
	口 座 番 号		
	口 座 名		