

被保険者 様

〒531-0072

大阪市北区豊崎3丁目4番14号

ショーレイビル9階

池田泉州銀行健康保険組合

TEL06 (6373) 3703

平素は組合運営にご協力いただき有難うございます。

さて、当組合では1医療機関・1ヶ月に支払った保険診療自己負担額に対しまして25,000円までを負担していただき、それ以上の金額につきましては高額療養費、一部負担還元金、として還付しております。

還付金が該当した場合の振込口座を登録させていただきますので、下記の「振込口座指定依頼書」にご記入の上お届けください。

また今回指定していただく口座は登録となり、今後該当した場合の上記金額につきましても同口座入金となりますので、解約の時や振込先の変更希望(氏名変更等)の場合は速やかに健康保険組合までお知らせください。

----- 切り取り -----

(健康保険組合使用欄)

常務理事	事務長	課長		担当者

振込口座指定依頼書

(提出日) 令和 年 月 日

記号 - 番号	-	所属部店名	
フリガナ			
被保険者氏名			
振込支店名	被保険者本人の口座を記入してください (店番)		
	池田泉州銀行		支店 ()
振込口座	預金種目 普通・当座	口座番号	
備考			

※住所変更がある場合は、別途「住所変更届」を提出してください。