

健康保険給付金等の受領委任届

令和 年 月 日

アコム健康保険組合理事長 殿

(事業主)

| | |
|--------|--|
| 事業所所在地 | |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電話番号 | |

私が健康保険法に基づき支給を受ける保険給付金及び保健事業補助金の受領を上記の事業主が選定する受領人へ委任します。

(被保険者)

| | |
|----------|----------------|
| 保険証記号・番号 | — |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 |
| 被保険者氏名 | Ⓜ |

※ 被保険者記入欄は必ず自書してください。(押印は朱肉印を使用してください。)