

【振込口座変更申請書】

下記の内容をご確認の上、☐をご記入ください。

- ☐ 全日本空輸健康保険組合からの給付金や補助金等の振込口座は、下記で登録いたします。
保険料引き落としの振替口座は別途「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」にて
申請いたします。

お 客 様 名	カナ										
	漢字										
	電話番号										

※振替日(払込日)は、12日または27日(当日が金融機関休業日の場合は翌営業日)

いずれかの種類を○印で囲んでください。

指 定 口 座	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農 協・漁 協		本 支 店 出 張 所		金融機関番号	店舗番号	預金種目		口座番号(右づめで記入)	
	ゆうちょ銀行						普通 (総合)	1	当座	2
	種 目 コー ド		契 約 種 別 コー ド		通 帳 記 号		通 帳 番 号 (右づめで記入)			
	1 6 6		3 0 1		0 の					
払込先口座番号		00140-5-120363		払込先加入者名		明治安田収納ビジネスサービス株式会社		払込金の種別		集金 30
カナ預・貯金者名										
口座名義人 (預・貯金者名)		(法人名の場合は金融機関お届けの肩書・代表者名もご記入ください。)				金融機関 お届け印		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; margin-right: 10px;"></div> <div style="text-align: center;">捨 印</div> </div>		

※ゆうちょ銀行の場合は捨印不要

お客様連絡先メールアドレス（全日空健保からの確認でご連絡させていただくことがございます）

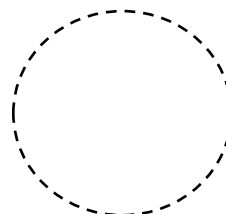
@

※口座変更の場合には「振込口座変更申請書」と「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」の
2枚をご記入の上全日空健保まで送付願います。

※被保険者ご本人名義の口座のみ登録が可能です。

※こちらの口座の反映までには 1~2 か月程度お時間がかかる場合がございますので、ご注意ください。

常務理事	統括事務長	事務長
担当	担当	窓口担当者



受付印