

令和 年 月 日

リケンテクノス健康保険組合理事長 殿

所在地 東京都中央区日本橋本町〇-〇

事業所名 〇〇〇 株式会社

事業主 健保三郎

✳

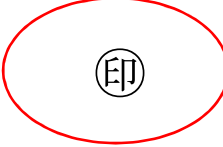
保険給付金請求の場合における受領代理人及び

使用印鑑について(新規・変更)

当事業所の健康保険被保険者より請求する保険給付金及び高額療養費・一部負担還元金
その他 付加給付金等の自動払の受領方については、被保険者全員の希望により 令和 〇 年
〇 月 〇 日より 当事業所の「役職名 〇〇〇 氏名 〇〇〇 」を
受任者として請求の都度、 請求書所定の記載を行いますから自動払いについても併せて委任
契約の認可を申請いたします。

なお、上記の給付金受領のため使用する印鑑は、下記の届出のものを使用いたしますから
承認を得たく予めお届けいたします。

記

印鑑届	印影
	

以 上