

[様式:資第14号]

決 裁 欄	常務理事	処 務 理 セ ン タ 欄	主 査	担 当 者	受 付

企業年金基金 氏 名 変 更 (改氏名) 届 兼給付金等振込 口座登録依頼書
健康保険組合 生年月日 訂 正

エヌ・ティ・ティ企業年金基金 理事長殿
エヌ・ティ・ティ健康保険組合

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	対 象 者 コー ド	① 被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名	② 事 業 所 名・担 当 名 (住 所)
	0 0 0 3 4 5 6 7 8 9	長野 花子	NTT〇〇(株) 総務担当 TEL(026) 225 - 3511
	③ 変 更 (訂 正) 年 月 日	平成 19年 7月 6日	④ 変 更 (訂 正) 事 由
	変更(訂正)理由	養子縁組のため	
被 保 険 者 に 係 る 変 更 (訂 正)	変 更 後	⑤ 被 保 険 者 氏 名	
		カナ	シ カ ク ハ ナ コ
		⑥ 生 年 月 日	T 3 3 0 3 0 3
		漢 字	資 格 花 子 S

- 《被保険者(申請者)記入欄》
- 被保険者の氏名を記入する。
 - 被保険者の事業所・担当名を記入する。
 - 氏名変更(改氏名)・訂正した年月日を記入する。
 - 氏名変更(改氏名)・訂正した理由を記入する。
 - 被保険者の氏名変更(改氏名)・訂正後の氏名を記入する(姓と名の間は1字空欄とする。)
 - 生年月日の訂正の場合は、訂正後の生年月日を記入する。

(注) 1. 「変更後の被保険者氏名」は、姓と名の間は、カナ、漢字とも1文字あけてください。
2. 被保険者(申請者)氏名欄の押印は被保険者(申請者)が自署した場合は不要です。

⑦ 口座変更の有無	○ 氏名変更(改氏名)に伴い口座名義に変更ある場合は左記「口座変更の有無欄」の有り○印をし、下記の「給付金等振込口座変更登録依頼書」に記入してください。(口座に変更がない場合には無に○印をしてください。)
有	無

給付金等振込口座変更登録依頼書

被 保 険 者 入 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	振 込 先	⑧ 銀 行 名	みずほ	⑨ 支 店 名	長野 支店
		⑩ 預 金 種 別	1 普通 2 当座	⑪ 口 座 番 号	1 0 7 0 2 0 0
		⑫ 口 座 名 義 (カ ナ)	シ カ ク ハ ナ コ		
事業所 記入欄	銀 行 コー ド	0 0 0 1	支 店 コー ド	4 2 6	

- 《被保険者(申請者)記入欄》
- 氏名変更(改氏名)に伴う登録口座変更の有無を○で囲む。
 - 銀行名を記入する。(郵便局は除く。)
 - 支店名を記入する。
 - 該当する番号を○で囲む。
 - 右つめて記入する。
 - 本人名義をカタカナで記入する。
《事業所記入欄》
「金融機関コード便覧」により、銀行・支店

平成19年 7月 6日以降の私に対する健康保険組合の給付金等の支払いについては、上記の口座に振込をお願いします。

(注) 1. 口座は必ず本人名義のものとしてください。
2. 対象となる金融機関は、銀行等(郵便局は除く。)です。
3. 被保険者(申請者)氏名欄の押印は被保険者(申請者)が自署した場合は不要です。 被保険者(申請者)氏名 資格 花子

処 事 理 業 所 欄	事業所所在地	神奈川県川崎市幸が丘1-1-1	課 長	審査投入責任者	審査投入担当者	受 付
	事業所名称	NTT〇〇株式会社	高橋 7/6	佐藤 7/6	鈴木 7/6	平成19年 7月 6日 担当 鈴木
	電話番号	(045)222-1234	チェックポイント	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(請求者)記入欄の記入漏れはないか <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証等を作成し交付したか <input checked="" type="checkbox"/> システムへ登録したか		

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

(平成19.7)

[様式:資第14号]

決 裁 欄	常務理事	処 事 務 理 セ ン タ 欄	主 査	担 当 者	受 付

**企業年金基金 氏 名 変 更 (改氏名) 届 兼給付金等振込
健康保険組合 生年月日 訂 正 届 口座登録依頼書**

エヌ・ティ・ティ企業年金基金 理事長殿
エヌ・ティ・ティ健康保険組合

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	対 象 者 コ ー ド				被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名				事 業 所 名 ・ 担 当 名 (住 所)				
	0	0	0		印				TEL () -				
	変 更 (訂 正) 年 月 日				平 成 年 月 日				変 更 (訂 正) 事 由				
	被 保 険 者 に 係 る 変 更 (訂 正)		変 更 後		被 保 険 者 氏 名						生 年 月 日		
		カナ								T			
		漢字								S			

- (注) 1. 「変更後の被保険者氏名」は、姓と名の間は、カナ、漢字とも1文字あけてください。
2. 被保険者（申請者）氏名欄の押印は被保険者（申請者）が自署した場合は不要です。

口座変更の有無	
有	無

○ 氏名変更(改氏名)に伴い口座名義に変更ある場合は左記「口座変更の有無欄」の有に○印をし、下記の「給付金等振込口座変更登録依頼書」に記入してください。(口座に変更がない場合には無に○印をしてください。)

給付金等振込口座変更登録依頼書

被 保 険 者 入 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	振 込 先	銀 行 名	銀 行 組 合 信 用 金 庫 信 用 組 合 勞 働 金 庫				支 店 名	支 店			
		預 金 種 別	1 普 通		2 当 座		口 座 番 号				
		口 座 名 義 (カ ナ)									

事業所 記入欄	銀 行 コ ー ド					支 店 コ ー ド				
------------	-----------	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--

平成 年 月 日以降の私に対する健康保険組合の給付金等の支払いについては、上記の口座に振込をお願いします。

- (注) 1. 口座は必ず本人名義のものとしてください。
2. 対象となる金融機関は、銀行等(郵便局は除く。)です。
3. 被保険者(申請者)氏名欄の押印は被保険者(申請者)が自署した場合は不要です。 被保険者(申請者)氏名 _____ 印

処 事 務 理 業 欄 所	事業所所在地 :	課 長	審査投入責任者	審査投入担当者	受 付
	事業所名称 :				平成 年 月 日
	電話番号 :	チェック ポイント	<input type="checkbox"/> 被保険者(請求者)記入欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 被保険者証等を作成し交付したか <input type="checkbox"/> システムへ登録したか		

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

(平成19.7)