

### 届出事項変更届(特例退職用)

ご記入は、必ずインクが消えないペン(ボールペン等)でお願いします。

※個人情報については、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

年 月 日提出

被保険者証		氏名		男・女	生年月日		
記号	番号				昭和	年	月 日
1000							

◆変更する届出項目の番号に○を付け、変更のある項目のみご記入ください

届出項目		変更・訂正後の内容			
1	氏名	変更後	フリガナ	変更前	フリガナ
2	住所	郵便番号			
		-			
	変更する者	被保険者本人・家族氏名 [ ]			
電話番号	( ) -				
緊急連絡先	携帯電話番号	-			
	メールアドレス	@			
3	保険料引落口座	A	ゆうちょ銀行以外の口座 ※(様式番号11)と共に提出してください		
		B	ゆうちょ銀行口座 ※(様式番号14)と共に提出してください		
	*引き落とし口座の変更は、届出から1ヵ月程度かかります。お早めにご提出ください。 *給付金(高額療養費や健診費用補助金など)の受け取り口座も同時に変更となります。				
変更年月日		年 月 日			

◆添付書類

1. 氏名変更	◆公的な証明書類(コピー可) ※戸籍抄本など ◆氏名変更する方のシャープ健康保険証(原本)
2. 住所変更	◆変更後住所の住民票(コピー可) ※変更される方全員が記載されているもの ◇被保険者と被扶養者が別居となる場合のみ: 「(様式番号6)被扶養者の別居に伴う再審査申請書」
3. 口座変更	●Aを選択の場合: 「(様式番号11)預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」 記入例を参考に2部作成し、金融機関で受付印押印後、1部を金融機関に、1部を健保に提出 ●Bを選択の場合: 「(様式番号14)自動払込利用申込書」 記入例を参考に1部作成し、健保組合に提出 (郵便局での事前手続きは不要)

健保記入欄

常務理事	事務長	課長		担当

市町村番号	6	7				
-------	---	---	--	--	--	--

入力	

記入例を参考に申込書 2 枚を作成し、1 枚は金融機関へ提出、もう 1 枚には金融機関確認印を受けて、健保へ提出ください。

(様式番号 11)

## 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収・加)

委託者 NO. 6962

銀行・労金  
信金・信組

御中

(記入日・西暦)

特例退職

年 月 日

収納代行会社名	明治安田収納ビジネスサービス株式会社 (MBS)
団体名	シャープ健康保険組合

適用振替年月日	年 月 日	委託者番号	9 1 9 0 0 0 2 3 5 3
顧客番号 (左づめ)	9 1 9 0 0 0 2 3 5 3		

お客様用欄	カナ	
	お客様名 (漢字)	
	電話番号	

※振替日は、27 日 (当日が休業日の場合は翌営業日)

金融機関用欄	指定口座	銀行・労金 信金・信組	本店 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)
		***** ゆうちょ銀行は指定できません *****					
		払込先口座番号	0 0 1 4 0 - 5 - 1 2 0 3 6 3	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)			金融機関 お届け印		印	捨印

※郵便局は除く

契約者および預金者は、明治安田収納ビジネスサービス株式会社 (MBS) を収納代行会社として、下記の預金口座振替規定を承諾のうえ、口座振替を依頼します。

(金融機関へお願い) この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、上記該当項目に○印をつけて明治安田収納ビジネスサービス株式会社 (MBS) へ至急ご返送ください。

(〒135-8385 東京都江東区東陽 2-2-20 東陽駅前ビル 10 階)

金融機関使用欄	(不備返却事由)			
	1	預金取引なし	3	印鑑相違
	2	記載事項等相違 ア. 店名 イ. 預金種別 ウ. 口座番号 エ. 口座名義	4	その他 事由
	(備考)			

検印	受付印 受付局日附印
印鑑照合	

### － 預金口座振替規定 － (郵便局は除く)

- 貴行 (金庫、組合) に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落としのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額 (当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。) をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、貴行はこの契約が終了したものと取扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じてても、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。

記入例を参考に申込書 2 枚を作成し、1 枚は金融機関へ提出、もう 1 枚には金融機関確認印を受けて、健保へ提出ください。

(様式番号 11)

## 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収・加)

委託者 NO. 6962

銀行・労金  
信金・信組

御中

(記入日・西暦)

特例退職

年 月 日

収納代行会社名	明治安田収納ビジネスサービス株式会社 (MBS)
団体名	シャープ健康保険組合

適用振替年月日	年 月 日	委託者番号	9 1 9 0 0 0 2 3 5 3
顧客番号 (左づめ)	9 1 9 0 0 0 2 3 5 3		

お客様用欄	カナ	
	お客様名 (漢字)	
	電話番号	

※振替日は、27 日 (当日が休業日の場合は翌営業日)

金融機関用欄	指定口座	銀行・労金 信金・信組	本店 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)
		***** ゆうちょ銀行は指定できません *****					
	払込先口座番号	0 0 1 4 0 - 5 - 1 2 0 3 6 3	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)			金融機関 お届け印	印	捨印	

※郵便局は除く

契約者および預金者は、明治安田収納ビジネスサービス株式会社 (MBS) を収納代行会社として、下記の預金口座振替規定を承諾のうえ、口座振替を依頼します。

(金融機関へお願い) この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、上記該当項目に○印をつけて明治安田収納ビジネスサービス株式会社 (MBS) へ至急ご返送ください。

(〒135-8385 東京都江東区東陽 2-2-20 東陽駅前ビル 10 階)

金融機関使用欄	(不備返却事由)		
	1 預金取引なし	3 印鑑相違	印鑑相違 その他 事由 ( )
	2 記載事項等相違	4	
	ア. 店名		
イ. 預金種別			
	ウ. 口座番号		
	エ. 口座名義		
	(備考)		

検印	受付印 受付局日附印
印鑑照合	

### － 預金口座振替規定 － (郵便局は除く)

- 貴行 (金庫、組合) に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額 (当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。) をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から貴行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、貴行はこの契約が終了したものと取扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。

ゆうちょ銀行の場合は、事前の手続きは不要です。この書類に記入・捺印して健保組合へ提出ください。

(様式番号 14)

## 自動払込利用申込書 (収・加)

ゆうちょ銀行

種目コード	種別コード	通帳記号 (6桁目がある場合は※欄にご記入ください)	通帳番号 (右からつめてご記入ください)
1 6 6	2 8	1 0 ※	

フリガナ	お届け印
口座名義人	

(氏名コード： ) ※被保険者(本人)の名義口座に限ります。

払込日	27日	土曜、日曜、祝日の場合は翌営業日	
払込先 口座番号	00970-0-53915	払込先 加入者名	シャープ健康保険組合

自動払込利用申込書に不備がありましたら、該当箇所に○をつけ、下記返送先までご返送ください。

- |           |         |
|-----------|---------|
| 1. 記号番号相違 | 4. 口座なし |
| 2. 氏名相違   | 5. その他  |
| 3. 印鑑相違   | ( )     |

【返送先】〒581-8585

大阪府八尾市北亀井町3丁目1番72号

シャープ健康保険組合

TEL. 06-6796-1567 FAX. 06-6791-7309