

受付印

常務理事	事務長	主 務	係

デンソー健康保険組合(以下：健保と称する) 御中
 黙示による包括的合意事項に関する異議申し立て 及び 給付金等受取口座連絡書

私は、以下の黙示による合意事項に対して、合意しない(異議申し立ての)場合の健保の対応を認識した上で異議を申し立てます。 平成 年 月 日 提出

申 請 者 が	被保険者証	記号	番 号	フリガナ 氏 名	印	生 年 月 日 昭 平 年 月 日	性 別 男・女
	住 所	〒 □□□-□□□□ TEL () - 、 FAX () - 携帯電話 () - 、 e-mail @					
記 入 す る	事業所名	(株)デンソー 本社・安城・西尾・高棚・大安・幸田・湖西・豊橋・阿久比・善明・豊橋東 その他 []					
	フリガナ			店 番 号	口 座 番 号		
	給付金などの振り込み銀行口座	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 本所 支店 支所	預金種類	1 . 普通 ・ 2 . 当座		
		コード (健保記入)		口座名義	本 人		
	被保険者氏名	(被保険者本人が申請の場合は記入不要)		本人/家族	被保険者本人 扶養家族		
異 議 を 申 し 立 て る 合 意 事 項	記入例					平 令	
	(1) 「医療費通知を世帯でまとめて行う。」ことを中止					02年	6月から
						平 令	年 月から
						平 令	年 月から
						平 令	年 月から

<https://www.denso-kenpo.or.jp>

お問い合わせ先：デンソー健康保険組合

T E L 0566-25-3121(内線 549-201.211) F A X 0566-24-6301(内線 549-921)