

振込依頼書

愛知県医師国民健康保険組合 理事長 様

保険料に関する還付金並びに給付金等については、下記の口座に振込を依頼します。

組合員氏名:

記号番号:

振込先	金融機関名称	銀行・信用金庫 信組・農協・漁協 その他()		支店名	本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()	
	金融機関コード				支店コード (店番)	
	預金種目	普通・当座 その他()	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人					

令和 年 月 日

住所: 〒 -

申請者氏名:

印

組合員との続柄:

電話番号: