

常務理事	事務局長	係

令和 年 月 日

百十四銀行健康保険組合理事長 殿

〒

住 所

氏 名

印

## 振 込 口 座 指 定 届

貴組合が給付する保険給付金の振込口座を下記のとおりお届けします。  
なお、貴組合の振込手続き完了をもって、私が受領したものと認め、領収書は提出  
いたしません。

記

本店普通預金を指定してください。ただし、本店口座をお持ちでない方のみ  
支店口座を指定してください。

振込指定口座 百十四銀行 本 店

保険証番号	店 番	普通	口座番号 (本人名義)
(※ )	1 0 1	1	

<本店口座をお持ちでない方 (パートタイマー等) >

振込指定口座 百十四銀行

支店

保険証番号	店 番	普通	口座番号 (本人名義)
(※ )		1	

(注) \* 欄は記入不要です。

以 上