

保険給付金振込依頼書

令和 年 月 日

健康保険法に基づく保険給付金を下記口座へお振込み願います。

1. 受取人

〒

住 所

電話番号

記号・番号

・

氏 名

2. 振込先預金口座

金融機関	名称	フリガナ						
	支店	フリガナ						
預金種目	普通 ・ 当座							
口座番号								
フリガナ 名義								