

銀 行 振 込 依 頼 書

令和 年 月 日

神奈川運輸業健康保険組合 理事長 殿

事業主 住 所
 社 名
 代表者氏名

印

当事業所所属の貴健康保険組合被保険者並びに被保険者であったものに対する一切の
保険給付金は、今後一括下記指定銀行の預金口座へお振込ください。

尚、これによって生ずる事故に対しては、事業主において一切の損害賠償の責任を負い、
貴健康保険組合に何等ご迷惑をお掛けいたしませんことを誓約します。

記

指定銀行名	
支 店 名	
口座の種類	<input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> その他（ ）
口 座 番 号	
ふりがな 口 座 名 義	

変更日 令和 年 月 日付