

保険給付金及び疾病予防補助金 に係る受領代理人と振込口座の指定届

名古屋薬業健康保険組合から支給される保険給付金等の受領について
下記のとおり、受領代理人及び振込口座を指定したのでお届けします。

記

適用事業所の事業所記号			
受領代理人（受任者）		印	
口座 名義 人	(フリガナ)		

※ 保険給付金に係る委任状の受任者として使用される印を押印してください。

※ 通帳等の口座名義人欄の写しを添付してください。
(漢字記入面・カタカナ記入面)

金融機関名と本支店名		コード			預金種別	口座番号						
金融機関名					普通							
本・支店名		-			当座							

年 月 日

名古屋薬業健康保険組合 御 中

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名