

令和 年 月 日

名古屋薬業健康保険組合

理 事 長 様

告知番号

所在地

事業所 名 称

事業主氏名

保険料納入告知書送付先依頼書

令和 年 月分から保険料を預金口座振替納付することについて、金融機関の承諾を得ましたので、保険料納入告知書を次のとおり送付してください。

記

1. 納入告知書送付先

所 在 地

名 称(金融機関名)

2. 振替納入指定日 その月の末日

但し、振替日が休日の場合は翌営業日とする。

※ 口座振替は、次の三銀行の本・支店に限ります。

*三菱UFJ銀行 *みずほ銀行 *百五銀行

但し、みずほ銀行は、愛知県内のみ。