

保険料預金口座振替中止依頼書

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

保険料口座振替について、令和 年 月分保険料
(令和 年 月納付分)より中止いたしたくお届けします。