

※ この依頼書は、任意継続期間中に発生した保険給付等の支給がある場合の振込先をご指定いただくものです。

令和5年12月8日改定

銀行振込依頼書

令和 年 月 日

S K健康保険組合 理事長 様

記号 100 番号

氏名

記

金融機関名						
本・支店名	本店 ・ 支店 (本所 ・ 支所)					
金融機関コード				支店 コード		
普通預金口座番号						
フリガナ						
預金者名義						

貴健康保険組合から支給される保険給付等は、上記の私儀名義口座へ振込いただきますようお願いいたします。

以上