令和　　年　　月　　日

シチズン健康保険組合理事長　殿

被保険者　記号番号　　－

氏　　名　　㊞

保険給付銀行振込依頼書

私に対する保険給付の支給は、下記指定の銀行口座へ振込むようお願い致します。

フリガナ
1.受　取　人

2.振　込　先　　銀行　　支店
信用金庫

3.預金種目　　普　　通　・　当　　座

4.口座番号

5.住　　所　　〒

6.電話番号　　（　　）

＊受取人は、被保険者名義に限ります。