

常務理事	事務長		担当

## 給付金等口座振替申出書

令和 年 月 日

シチズン健康保険組合理事長 殿

事業所所在地

事業所名称

代表者氏名

印

電話番号

当社への給付金等振込については、下記の口座を指定いたします。

記

取引銀行	銀行・信金	銀行コード	
取引店舗	店	支店コード	
預金種別		口座番号	
口座名義			

以上