

口座振込 承諾書

被保険者番号

- ☐ 出産育児一時金
☐ 葬祭費
☐ 療養費
☐ 高額療養費
☐ 高額介護合算療養費
☐ 保険税の還付
☐ その他()

上記の給付を、下記の金融機関口座に振り込むことを承諾します。

金融機関名 _____ 出張所
支店

口座番号 普通 ・ 当座 No _____

ふりがな
口座名義人 _____

世帯主との続柄 _____

令和 年 月 日

申請者(世帯主)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

金武町長 殿