

# 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