

銀行口座振込依頼書（任継者用）

明治グループ健康保険組合 御中

貴組合より当方に支払われる給付金等は

下記の口座へお支払いください。

この振込を確認し、受領と認めます。

〒	111	－	2222		
住 所	東京都明治区明治町□□-〇〇-△				
	明治マンション〇〇号室				
電話番号	123	－	456	－	7890
氏 名	明治 太郎		明治		
在職時の被保険者記号－番号	記号【 1234 】－番号【 1234567 】				

(銀行コード) 銀行名	(支店コード) 支店名	預金種類 ○で囲んでください。	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
(××××) ××銀行	(△△△) △△支店	1. 普通 (総合) 2. 当座	1234567	(メイジ タロウ) 明治 太郎

※表の記入にあたっては必ず通帳をご確認下さい。

※この銀行口座振込依頼書は、任意継続被保険者資格取得日以降、有効となります。

(適用様式8号) 01.05