

## 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。

	〒	-			
住	所	_____			
		_____			
電	話	番	号	-	-
		_____			
氏	名	_____			
在職時の記号－番号					
		記号【		】-	番号【
					】

(銀行コード) 銀行名	(支店コード) 支店名	預金種類 <small>○で囲んでください。</small>	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
( )	( )	1. 普通 (総合) 2. 当座		( )

※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 任継8号)08.04