

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 | | | | |
| 在職時の記号－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 任継8号)08.04