

【事業所】

台帳登録

担当課長	係長	係

## 給付金等振込送金依頼書

年 月 日	
埼玉機械工業健康保険組合理事長 殿	
貴健康保険組合が、当事業所又は当事業所に属する被保険者に支払う給付金等を下記指定金融機関へ振込送金願います。	
依頼者 (事業所)	名称及び 事業主氏名
	納入告知書番号

### 記

指定預金口座	金融機関名称					金融機関コード						
	本支店の別	本店	支店			店コード						
	預金種別	1. 普通預金				2. 当座預金						
	口座番号	(右づめ)										
	口座名義	金融機関に登録してあるカナ名義										
		漢字の名義										
振込送金開始日		年 月 日				支払分から						

- 注： 1. この依頼書は、当健康保険組合から貴事業所へお支払いする給付金等（各保険給付・各種補助金・払戻金など）を振込送金するための書類です。
2. 「金融機関コード」「店コード」「登録カナ名義」などが不明のときは、貴事業所が指定する金融機関にお問い合わせのうえ、誤りのないようご記入下さい。

※ この依頼書により得た情報は振込送金手続及びその統計以外には使用しません。

〔問い合わせ先〕 総務係 電話048-643-5161