

令和 年 月 日

兼松連合健康保険組合 殿

所在地
事業所 名称
代表者

現金給付金代理受領人届

役 職 名	
氏 名	

現金給付金受入銀行口座届

銀 行 名	(金融機関コード) (店番号) 銀行 支店
口座番号	普通預金 当座預金 第 号
名 義	⑩

※ 名義欄には、事業所名を記入のうえ現金給付代理受領人が名義人となってください。

令和 年 月 日

変更

兼松連合健康保険組合 殿

所在地
事業所 名称
代表者

現金給付金代理受領人届

役職名	
氏名	

現金給付金受入銀行口座届

銀行名	(金融期間コード) (店番号) 銀行 支店
口座番号	普通預金 当座預金 第 号
名義	Ⓜ

変更年月日 令和 年 月 日

※ 名義欄には、事業所名を記入のうえ現金給付代理受領人が名義人となってください。