

振込口座情報報告書（記載上の注意）

平成 年 月 日

団体に所属している場合は団体の、
していない場合は施術所の情報を
記載してください

所在地
団体名等
代表者（氏名）

印

群馬県国民健康保険団体連合会理事長 様

登録記号番号	契	新規	・	変更
フリガナ				フリガナ
施術所名				施術管理者名
フリガナ				
同所在地				
郵便番号			電話番号	
振込金融機関	銀行・信組 信金・農協			本店・支店
口座番号	普通	・	当座	・
フリガナ				
預金名義人				
変更内容等	(新規) 平成 年 月 施術分から指定になります。 (変更) 平成 年 月 振込分から変更になります。(所在地・金融機関・口座番号・預金名義人)			

施術所の情報を記載してください

団体に所属している場合は団体の、
していない場合は施術所の口座情報
を記載してください

- ※ 1 振込相違を防ぐため、通帳の表紙及び通帳を開いた1ページ目（店番号、口座番号、預金名義人のカナが記載されているページ）の写しを添付してください。
- 2 金融機関等の変更については、変更内容等に記載した月の前月の15日までに本会宛に提出してください。16日以降の提出になると変更手続きが間に合いませんので、翌々月の変更となります。