

平成 年 月 日

名古屋薬業健康保険組合
理事長 中北智久 様

| |
|------|
| 告知番号 |
| |

所在地
事業所 名 称
事業主氏名

保険料納入告知書送付先依頼書

平成 年 月分から保険料を預金口座振替納付することについて、
金融機関の承諾を得ましたので、保険料納入告知書を次のとおり送付
してください。

記

1. 納入告知書送付先

所 在 地
名 称 (金融機関名)

2. 振替納入指定日 その月の 日 (納入告知書到達日から月末までの間。)
但し、振替日が休日の場合は翌営業日とする。

口座振替は、次の三銀行の本・支店に限ります。

* 三菱東京UFJ銀行 * みずほ銀行 * 百五銀行

但し、みずほ銀行は、愛知県内のみ。