

保険料預金口座振替中止依頼書

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

保険料口座振替について、平成 年 月分保険料
(年 月納付分)より中止いたしたくお届けします。