

# 振込口座名等通知書

平成 年 月 日

アドバンテスト健康保険組合理事長殿

事業所所在地

事業所名称

事業主名称

当事業所被保険者にかかる給付金の一括受領代理人としてつぎのものを選定し、ここにお届けします。

なお、銀行預金口座を下記のとおり指定します。

受領代理人 氏名	
-------------	--

記

振込銀行名	銀行名	銀行	支店
	預金の種類 及び記番号		
	預金口座名		
	受取人氏名	ふりがな	
銀行の明	印	備考	

(注) 振込銀行並びに受領代理人(口座設定者)に異動があるときは、この通知書を改めて提出して下さい。なお、この場合は事前に健康保険組合までご連絡下さい。