

令和 年 月 日

振込依頼書

全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診検査費等について、下記の口座へ振込を依頼します。

健診機関 所在地

名称

代表者名

⑩

振込先 金融機関名

支店名

支店番号

預金種別

口座番号

(フリガナ)

口座名義