

年 月 日

(生活習慣病予防健診等)

健診実施機関口座番号等届

《 新規 ・ 変更 》

全国健康保険協会 千葉支部長 宛

所在地

機関名

代表者氏名

印

このことについて、下記金融機関へ振込を依頼します。なお、事業者健診データの取得にかかる委託契約を結んでいる場合は、当該委託費用についても、下記口座への振込となることを了承します。

記

振込先金融機関名							
振込先支店名							
振込先金融機関コード ・支店コード(7桁)							
口座種別	普通預金 ・ 当座預金						
口座番号 (左詰め)							
口座名義人	(カナ)						

※振込に関するご連絡先を下記にご記入ください

郵便番号
所在地
名称
電話番号