

振込金融機関変更届（保護施設及び養護老人ホーム分）

年 月 日 提出

東京都国民健康保険団体連合会
理事長 様

届出者

法人
所在地

法人名

開設者
氏名

印

次の施設につき措置費の振込金融機関を変更致しますので、下記のとおり届出致します。
なお、本届書に記入した事項については、貴会の措置費支払代行システムに登録することを承諾致します。

施設番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

施設名

所在地

記

旧 振込口座			
(金融機関名) 振込先		店舗名	

新 振込口座			
(金融機関名) 振込先		店舗名	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	フリガナ	
口座番号		(口座名義人) 受領者	
適用年月	年 月 日 振込分から		

※ 口座名義人（カナ）及び口座番号等を確認できる預金通帳等の写しを添付願います。

※ 国保連使用欄

照 合	確 認	入 力 日