

# 受領代理人届

令和 年 月 日

野村健康保険組合 御中

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

㊞

保険給付金・人間ドック利用補助金・保養所利用補助金を代理受領する際の代理人氏名・印及び振込口座を下記の通りお届け致します。

## 記

受領代理人 氏名・印	㊞
---------------	---

金融機関名	フリガナ		
	銀行	本店 支店	
預金科目	1.普通	2.当座	3.その他 ( )
口座番号			
口座名義	フリガナ		