

受領代理人届

令和 XX年 X 月 XX日

野村健康保険組合 御中

事業所所在地 府 市 ×丁目×-×

事業所名称 株式会社

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

「保険給付決定支払通知書」
確認時に必要

受領代理人 氏名・印	
---------------	--

金融機関名	フリガナ	
	銀行	本店 <u>支店</u>
預金科目	1.普通	<u>2</u> 当座 3.その他 ()
口座番号	00xxxxxx	
口座名義	フリガナ	加 沖 が イ ャ
		株式会社