

令和 年 月 日

保険料預金口座振替解約依頼書

酒フーズ健康保険組合 御中

依頼人 所在地
名 称
代表者
電 話

貴組合に依頼している口座振替契約を解約したいのでお届けいたします。

記

指定預金口座	名 称	銀行		支店		店番号					
	預 金 科 目	□当座預金 □普通預金		□座番号							
	フリガナ										
	□ 座 名 義										

事業所記号 (告知番号)

組合確認印

口座振替解約期日(この欄は記入しないでください)

令和 年 月 日 振替分より解約
