

年 月 日

喜多方市勤労者互助会会長 様

郵便番号 (-)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

喜多方市勤労者互助会共済給付金等口座振込依頼書

私が請求した共済給付金は、下記口座へ振り込んでいただくよう依頼します。

なお、下記口座へ振り込む際の手数料は、私へ支払われる共済給付金から差し引くことを了承します。

記

請 求 額	金 円
-------	-----

(振込先)

振込先金融機関名・支店名	口座種別	口 座 番 号
	普 通	
口座名義 ※請求者と同一名であること		
フリガナ		