

平成 年 月 日

## 振 込 依 頼 書

東北厚生年金病院事務長 殿

|      |       |      |
|------|-------|------|
| 登録番号 | 郵便番号： | TEL： |
|      | ふりがな  |      |
|      | 住 所   |      |
|      | ふりがな  |      |
|      | 氏 名   |      |

東北厚生年金病院から平成 年 月 日以降における私への支払金については、  
下記金融機関の口座に振込み下さるようお願いします。

### 記

| 銀 行 名 | 本店又は支店名 | 預 金 種 別    | 口 座 番 号 | 口 座 名 義 |
|-------|---------|------------|---------|---------|
| 銀行    | 店       | 当 座<br>普 通 |         |         |