

共済金口座振込依頼書

年 月 日

石川県理容生活衛生同業組合御中

〒
共済金請求者 住所 _____
氏名 _____ ㊞
TEL _____

請求共済金内訳 (○でお囲み下さい)

理容師共済会	団 体 生 命		賠償責任共済
	死亡共済金 弔慰金 入院見舞金 長寿祝金	結婚税金 誕生祝金 人間ドック補助金 入院給付金	療養補償共済
			年 金 共 済

上記共済金請求内容にもとづき支払われる共済金は下記口座へ振込み下さるようお願い致します。

金 融 機 関 名		預金種目
銀行・信用金庫 信用組合・農協		普通・当座 貯蓄
口 座 番 号	口 座 名 義	
	(ふりがな) -----	

※振込みに係る手数料は御本人負担となりますので御了承の程お願い致します。