

# 共済金口座振込依頼書

令和 年 月 日

〒

共済金請求者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

TEL \_\_\_\_\_

## 【請求共済金種類（○でお囲み下さい）】

理容師共済会	団体生命共済	賠償責任補償共済
療養補償共済 (所得補償コース)	療養補償共済 (医療補償コース)	火災共済

## 【振込指定口座】

金融機関	預金種目
銀行・信用金庫	普通 当座 貯蓄
店	
信用組合・農協	
口座番号	口座名義
	(ふりがな)

\*振込に係る手数料はご本人負担となりますのでご了承の程お願い申し上げます。

\*ご記入いただいた事項は今回の共済金支払手続きにのみ使用いたします。