

令和 年 月 日

小田急グループ健康保険組合  
理事長 殿

所在地

名称

事業主名

(事業主代理人名)

印

### 振込依頼書 (C)

保健事業に係わる補助金の振込みは、下記をお願いいたします。

記

銀行名	銀行	支店
預金種別	普通預金	当座預金
口座番号	No.	
口座名義人	事業所名称	
	役職等	
	(フリガナ) 氏名	
振込金種別	保健事業に係わる各種補助金	
実施年月日	令和 年 月 日	
備考		

- <注> 1. 預金種別は、該当するものに○印を付けてください。  
2. 口座名義は、通帳に記載された名義人を全て記入し、氏名にフリガナをつけてください。  
3. 内容に変更が生じた場合は、あらためて提出してください。