

市町村
共 済

保健

納入依頼書

科目 本支店勘定

一、※印欄は市町村で記入のこと
二、太線内は打電のこと

仕 向 先	埼玉りそな銀行 県庁支店			種 目	電 信	日 付	〇〇年 〇 月 〇 日				検 印	
	預金 種目	普 通	口座 番号	6 3 0 4 9		共済生活保険保険料					記 帳	
受 取 人	埼 玉 県 市 町 村 職 員 共 済 組 合 保 健				※ 金 額							発信許可
電 略	ケンシチョウソクキョウサイホケン											
納 入 依 頼 市 町 村 等 名	※ 〇 〇 市											
摘 要	※ 令和〇〇年 〇 月分											
上記のとおり埼玉縣市町村職員共済組合預 金口座へ納入下さるよう依頼いたします。				収 納 印								印字精査
※ 令和〇〇年 〇 月 〇 日												受 付
埼玉縣市町村職員 共済組合委託銀行				埼玉りそな銀行本支店殿								

取扱店保存

H14.10 3×25×500 (KYB 0480010)