

年 月 日

療養費振込依頼書

セディナ健康保険組合理事長 殿

保険証の記号 ・番号	-
被保険者氏名	印

療養費について下記口座に振込願いたく依頼いたします。

銀行		支店
金融機関番号		
店番号		
預金種別	普通 当座	
口座番号		
口座名義 ※被保険者名義	カタカナ	

※ゆうちょ銀行への振込は不可