

年 月 日

三重県農協健康保険組合 理事長様

住 所

氏 名

㊞

電話番号 ()

—

下記の口座へ高額療養費及び付加給付金の振込みをお願いいたします。

記

振込金融機関名	
支店名	
口座番号	1.普通 No. 2.当座
フリガナ	
振込名義人	