

年 月 日

地方公務員災害補償基金 神奈川県支部長 殿

振 込 口 座 変 更 申 出 書

_____年 ____月 ____日付け振込より補償費の振込先を下記口座へと変更
してください。

金 融 機 関 名 _____

支 店 名 _____

預 金 種 別 普 通 当 座 その他 (_____)

口 座 番 号 _____

(フリガナ)

口座名義人名 _____

〒

医療機関の

[	所 在 地	_____
	名 称	_____
	代 表 者	_____
	電話番号	_____
	担 当 者	_____