

給付金等振込依頼書 兼 念書

オリックスグループ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

相続人 _____ 印

相続人 _____ 印

相続人 _____ 印

相続人 _____ 印

相続人 _____ 印

給付金等は、下記預金口座へお振り込み下さい。
なお、貴組合からの給付金等については下記口座名義人を代表相続人として
受け取ることにつき、相続人全員が署名・捺印のうえ了承いたします。

記

振込銀行	銀行	支店	(普通・当座) 預金
	口座番号:	口座名義(お名前):	

被保険者名:

相続人連絡先: ()

以上