令和　　年　　月　　日

一般財団法人 岩手県退職教職員互助会　御中

医療機関コード

〒

医療機関の所在地

医療機関の名称

開設者氏名　　㊞

電話番号　　（　　）

医療機関新規口座届出書

　　月 **診療分**から、下記の口座へお振込みいただきますようお届けします。

振込先指定口座	金融機関名	銀行　労働金庫 信用金庫　農協 信用組合	支店 支所 出張所	金融機関ｺｰﾄﾞ				店舗ｺｰﾄﾞ		
				※						
	預金種別	普通預金・当座預金	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義									

※金融機関コードについては、記入に及びません。

送付先　〒020-0022 盛岡市大通一丁目1－16　TEL 019-623-3300

一般財団法人 岩手県退職教職員互助会　FAX 019-623-3349