

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 _____

※ 銀行名・支店名・口座番号・口座名義のフリガナが明記されている箇所の通
帳のコピー（通帳の表紙の裏面等）を添付してください。