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

（ﾌﾘｶﾞﾅ）

口座名義人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

所 在 地

名　　称

医療機関の　　代 表 者

電話番号

担 当 者