

報 告 書 (遺族配偶者会員用)

年 月 日

一般社団法人
岩手県農林漁業団体役職員連盟 行

フリガナ						
会員名 (生年月日)						印
	(大正・昭和 . . .)					
会員番号	団体コード			会員コード		

下記のとおりご報告いたします。

記

住 所	フリガナ					
	〒	—				
電 話 番 号	()	—				
※ご自分が使用している保険証のコピーを用紙裏に添付ください。						
給付金の 送金先	金融機関名		岩手県信連	本 所		
			農 協	本 店		
			信 漁 連	支 所		
			銀 行	支 店		
預金種目 (○印)	1. 普通	名義人(フリガナ)				
	2. 当座	口座番号				

- ※ ① 遺族配偶者会員の医療費給付対象者は、**会員本人のみ**です。
- ② 上記報告書の提出後において記載報告事項に変更があった場合は、その都度この報告書を提出してください。
- ご不明の点がありましたら、本連盟までご連絡ください。

所 在 地 〒020-0024 盛岡市菜園1丁目4番10号
電 話 番 号 019-626-8431 FAX 019-625-0680