別 紙

下記を FAX にて（06-6582-2645）迄お送り下さい。

平成１９年度グループ保険配当金の受領について

※①または、②をご選択ください。

①　銀行口座振込

※振込手数料を差引かせて頂きます。

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

銀行 信金	支店
口 座 科 目	普通預金　・　当座預金
口 座 番 号	
口座名義人	

---

②　工業会窓口で受領

※領収証にご捺印のうえ、本状をご持参ください。小切手払いさせて頂きます。

平成２０年　　月　　日

領　　収　　証

金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円也

上記金額領収いたしました

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印