

# 受領に関する届(口座変更)送付依頼書

令和 年 月 日

岐阜県国民健康保険団体連合会 行

事業所番号	
事業所名	
担当者氏名	
連絡先電話番号	
事由	(口座変更予定月等を記載してください。)

※口座変更には約1ヶ月の時間を要します。

送信先:岐阜県国民健康保険団体連合会 介護・障害課 障害者支援係  
FAX番号:058-275-7635