年　　月　　日

工大摂大学生互助会　御中

医療給付金銀行振込依頼書

学校名	学部（課程）	学科（専攻）	学年	学籍番号
学生氏名	㊞			

【注意】 1回の振り込みにつき、10万円が限度です。10万円を超える場合は分けて振り込み、
振込手数料は1回の振り込みごとにご本人様負担となります。

下記理由により、振込手数料を私負担として私の指定口座へ振込願います。

記

※理由	1. 長期入院　　2. 卒　業 3. その他（　　）

指 定 口 座

銀 行 名	支 店 名	※区分	口座番号	口座の氏名（フリガナ）
銀行	支店	1.普通 （総合） 2. 当座		

※欄は、該当の字句に〇印を付して下さい。