

給与・賞与・旅費 振込先届兼振込同意書

地方独立行政法人長野県立病院機構
理 事 長 様

私は、給与・賞与・旅費の振込支給に同意し、振込先を下記のとおり届出ます。

令和 年 月 日

職員番号

氏 名

記

振込先	八十二長野銀行・長野県労働金庫	金融機関名 支店名	八十二長野銀行 長野県労働金庫										本店 支店		
		金融機関コード	銀行コード					店番コード							
		預金種別	普通	口座番号											
					右詰めで記入し、空欄には「0」を記入してください。										
	フリガナ 口座名義														
	上記以外（※）	金融機関名 支店名	銀行 金庫 組合										本店 支店 出張所		
		金融機関コード	銀行コード					店番コード							
		預金種別	普通	口座番号											
右詰めで記入し、空欄には「0」を記入してください。															
フリガナ 口座名義															

※振込は原則八十二長野銀行もしくは長野県労働金庫口座とさせていただきます。やむを得ず他の金融機関を希望される場合は、下欄に記入してください。