

令和 年 月 日

振込先口座変更届

公益社団法人 日本薬剤師会 御中

<氏名> \_\_\_\_\_

(照会番号: K・J \_\_\_\_\_)

分配金の振込先口座を下記の口座に変更をお願いします。

金融機関名		金融機関 コード			
支店名		支店コード			
預金口座種類 (どちらか一方を○)	1. 普通 (総合)      2. 当座	口座番号 (右詰め7桁)			
(フリガナ) ※必須					
口座名義人 (漢字)					
生年月日		年	月	日	
連絡先電話番号		—		—	
※市外局番よりご記入ください					

注意事項

- ・振込先口座を変更される場合は、ご本人様名義の口座をご指定ください。
- ・振込先口座を変更される方は、令和2年12月28日のお振り込みはできません。
- ・照会番号は、ご案内の宛名に記載のKまたはJから始まる番号になります。KまたはJのどちらかに○をつけてから番号をご記入ください。
- ・振込先口座変更による振込予定日については、「分配金振込予定日について」をご確認ください。

提出先住所 160-8389 東京都新宿区四谷 3-3-1 四谷安田ビル 7階 公益社団法人日本薬剤師会 年金係
--