

給 与 等 振 込 口 座 依 頼 書

岐阜県総合医療センター理事長 様

(西暦) 年 月 日

職員番号

(フリガナ)

氏 名

わたしに支給される給与、旅費、共済組合等給付金は、(西暦) 年 月(※) から、わたし名義の下記口座に振り込み願います。

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
		普通(総合)・当座	

■ 添付書類

振込指定口座の通帳表紙裏見開きページのコピー

※ネットバンクを指定したい場合は、ネットバンクの口座情報が分かる画面のハードコピーを提出すること(大抵の場合、ログイン後の登録情報ページで確認が可能。少なくとも、①口座名義人 ②口座名及び支店名 ③口座番号 が分かるようにすること)。

※実際に支給される月を指します。月給職員は採用日が属する月、時間額職員は採用日が属する月の翌月支給となります。ただし、月給職員の月途中採用者は当月分を翌月に、翌月の給与と合算して支給することがあります(給与の締めに関に合わないため)。