

配分金支払先等調査表

会 員 番 号

下記の①又は②どちらかのコピーを下枠に貼り付けてください。

①普通預金通帳の1ページ目

(銀行名・支店名・口座番号及び口座名義人が記載されているページ)

②キャッシュカードの表面

(銀行番号・支店番号・口座名義人が記載されている)

※配分金の振込は、八十二長野銀行・長野信用金庫・長野県信用組合・長野県労働金庫に限りです。

交通手段		自転車	バイク	自動車
	所 有	1. 有 0. 無	1. 有 0. 無	1. 有 0. 無
	運 転	1. 可 0. 否	1. 可 0. 否	1. 可 0. 否

健康状況等記入欄

※必要によりご記入ください

個人情報保護法第20条第2項に基づき

本人同意済み 令和 年 月 日
担当者の確認印

※ 就業にあたって、体の状態や、病気などの症状について
ご心配な点などがありましたらご記入下さい。

A.丈夫

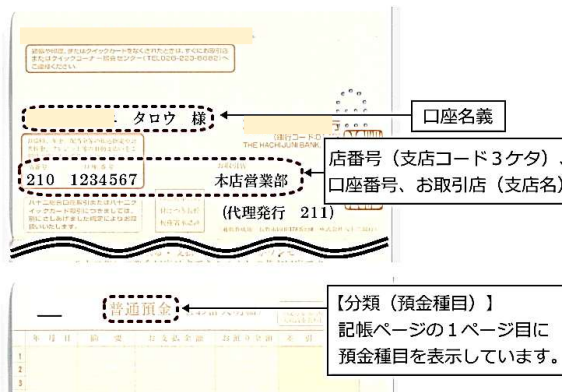
B.普通

C.弱

D.難

※通帳のコピーが取れない場合は、通帳をご持参ください。事務局でコピーをお取りいたします。

貼
り
付
け
例



理事の所見