

残高証明書発行依頼書

ご記入日 令和 年 月 日

熊本県医師信用組合 殿

ご住所	
ご名義	お届け印

私名義の下記〔預 金〕について令和 年 月 日現在の残高証明書
〔借入金〕
(通) の発行を依頼します。

記

取引の種類	口座番号	金 額												備 考

組合使用欄

残高証明書と発行割印	検 印	作 成	照 印	受 付

00750--55204

発行日付	
------	--