

預金口座振替依頼書

令和 年 月 日

銀行 御中
信用金庫

私は、下記の収納企業から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

収納企業名	東京都医師国民健康保険組合
振替日	25日（金融機関休業日の場合は翌営業日）

お手元の通帳より太枠内に正確にご記入ください。（左づめで記入し、濁点、半濁点は1字分に扱ってください。個人名義の場合、姓と名の間は1字空けてください）

預 金 口 座	フリガナ													金融機関お届け印	
	預金者名	(法人の場合は、会社名、銀行お届け出の肩書き、代表者名をご記入ください)													
	銀行名 支店名	銀行 信用金庫	本店 支店 出張所	預金種目 (どちらか 一方○印)	口座番号 (数字のみ右づめでご記入ください)										
	コード	金融機関コード	店番号		1. 普通 2. 当座										

預金口座振替規定

- 銀行(金庫)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から銀行(金庫)に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、特に申出をしない限り、銀行(金庫)はこの契約が終了したものとして取り扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行(金庫)の責めによる場合を除き、銀行(金庫)には迷惑をかけません。

(金融機関へのお願い)

- この預金口座振替依頼書に不備がありましたら、不備返却事由欄の該当項目に○印をつけて速やかに東京都医師国民健康保険組合(〒103-0022 東京都中央区日本橋室町4-1-21近3ビル5F)へご返送ください。

金融機関 使用欄	(不備返却事由)	検印
	1. 預金取引なし	印鑑照合
	2. 記載事項等相違 店名、預金種目、 口座番号、口座名義	
	3. 印鑑相違	受付印
4. その他()		
備考		

※太ワク内を記入して下さい。

(フリガナ)													記号	86	—
第1種・第3種 組合員氏名													番号		
住所 (自宅)	〒												TEL — —		
1. 新規加入 2. 銀行・口座番号変更													受付年月日	受付処理印	