

# 預金口座振替依頼書

銀行

 御中

令和 年 月 日

預金口座	収納者	埼玉県医師国民健康保険組合	料金等の種類	保険料	振替日	23日 <small>休業日の場合は翌営業日</small>	
	フリガナ						金融機関お届け印
	預金名義						
	銀行名 支店名	銀行	支店	預金種目 〔どちらか〕 一方〇印	口座番号 (数字のみを右づめでご記入ください)		
	コード	銀行番号	店番号	1 普通 2 当座			

捨印

私は、上記の保険料を上記預金口座より口座振替の方法により支払うこととしたいので下記の事項を確認のうえ依頼します。

組合員名							
住所	〒	□□□□	□□□□	(TEL	-	-	)
被保険者証 記号番号	□	□	□	□	□	□	□

記

1. 銀行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き落と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程にかかわらず、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。
2. 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。
3. 契約を解約するときは、私から銀行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埼玉県医師国民健康保険組合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、銀行はこの契約が終了したものとして取扱ってさしつかえありません。
4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。

【銀行使用欄】

受付印	検印	印鑑照合	受付印

(組合員→医師国保→銀行)

(銀行保管)