

金融機関 提出用

預金口座振替依頼書  
(京都府酒販国民健康保険組合 保険料)

取扱金融機関 御中

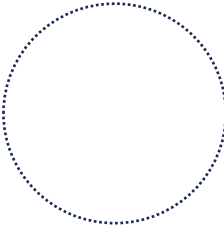
申込日	西暦	年	月	日
-----	----	---	---	---

私が京都府酒販国民健康保険組合に納める国民健康保険料を、口座振替指定日に次の預貯金口座から口座振替の方法により支払うことについて同意し、下記の預金口座振替規程を確約のうえ、口座振替を依頼します。

申込者	住所	〒				—			
	氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	日中連絡の取れる電話番号	— —							

引落預貯金口座情報	銀行	京都銀行 ・ みずほ銀行 ・ 三井住友銀行 滋賀銀行 ・ 京都信用金庫 ・ 京都中央信用金庫									
	支店	店 ・ 支店						店番号			
	預金種類	1.普通預金		2.当座預金		口座番号 (右詰め)⇒					
	口座名義	フリガナ								銀行届出印	
		漢字									
	日中連絡の取れる 電話番号	—		—		口座振替 指定日	毎月10日 <small>金融機関が休業日 の場合は翌営業日</small>				

預金口座振替規程	
1. 私が支払うべき国民健康保険料を指定の振替日に、上記の指定預金口座から請求金額を払い出し、京都府酒販国民健康保険組合の指定口座に振り込んでください。この場合、当座勘定約定書又は普通預金が定める通常預金規定等にかかわらず、小切手の振出し又は預貯金通帳及び預貯金払戻請求書、払戻受領書の提出はいたしません。	
2. 指定預金口座の残高が振替日において、納付すべき金額に満たないときは、私に通知することなく口座振替の処理が行われなくても異議ありません。	
3. この契約を解約するときは、私から貴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、貴行はこの契約が終了したものとして取扱って差し支えありません。この場合、私への通知は不要です。	
4. この契約について仮に紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。	

金融機関 処理欄	不備返却理由		取扱店日附印 	銀行使用欄	
	1. 預金取引なし			証印	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 ・ 不鮮明)				
	4. その他 ( )				

京 都 府 酒 販 国 民 健 康 保 険 組 合 保 険 料  
預 金 口 座 振 替 申 込 書

京都府酒販国民健康保険組合 様				申込日	西暦 年 月 日				
(納付義務者 世帯主)	被保険者証記号	酒	被保険者証番号 (新規加入の場合は空欄)		0		—		
	住所	〒 —							
	氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日
	日中連絡の取れる電話番号		— —						

私が京都府酒販国民健康保険組合に支払うべき保険料は、今後、預金口座振替により毎月10日(金融機関が休業日の場合は翌営業日)に納付するので、申し込みます。

指定預金口座情報	銀行	京都銀行 ・ みずほ銀行 ・ 三井住友銀行 滋賀銀行 ・ 京都信用金庫 ・ 京都中央信用金庫							
	支店	店 ・ 支店				店番号			
	預金種類	1.普通預金	2.当座預金	口座番号 (右詰め)⇒					
	口座名義	フリガナ						銀行届出印	
漢字									

<input type="checkbox"/> 納付義務者と同じ場合は✓し、記入不要									
口座名義人	住所	〒 —							
	氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日
	日中連絡の取れる電話番号		— —						

※ 口座振替指定日 毎月10日 (10日が土日祝の場合は、翌営業日)



修正テープ等使用禁止。記入誤りは、二重線のうえ訂正印で修正すること。