

預金口座振替依頼書

鹿児島銀行
南日本銀行
医師信用組合

御 中 (該当する金融機関を○で囲んでください。)

年 月 日

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、下記規定を確約のうえ依頼します。

| | |
|-------|-----------------------------------|
| 収納企業名 | 鹿児島県医師会・鹿児島県医師協同組合・鹿児島県医師国民健康保険組合 |
|-------|-----------------------------------|

太枠すべてご記入・ご捺印ください。

(該当する金融機関を○で囲んでください)

| | | | | | | |
|------|--------|--|---------------|------------------|-------|-------|
| 預金口座 | (フリガナ) | | 銀行へのお届け印 | 鹿児島・南日本銀行 | | |
| | 預金者名 | | | 鹿児島県医師信用組合 支店出張所 | | |
| | | | 銀行コード 店コード | | | |
| | | | | 預金種目 | 1. 普通 | 2. 当座 |
| | | | 口座番号 | | | |

※法人の場合は金融機関お届出の法人名、肩書、代表者名をすべて省略せず記入してください。

| | |
|-----|----------------------------|
| 振替日 | 収納企業の指定する日 (銀行休業日の場合は翌営業日) |
|-----|----------------------------|

—預金口座振替規定—

- 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、とくに申出をしない限り、銀行はこの契約が終了したのものとして取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、銀行の責めによる場合を除き、銀行に迷惑をかけません。

| | | | |
|-------|--|----|--|
| 銀行使用欄 | (不備返却事由) | 検印 | |
| | 1. 預金取引なし 2. 記載事項等相違 3. 印鑑相違 4. 印鑑不鮮明 (備考) | | 5. 店番相違 6. [] 店名、預金種目、 口座番号、口座名義 なぞり書き不可 7. その他 [] |
| | 照合 | | |
| | | 係印 | |

(収納企業使用欄) 太枠のみご記入ください

| | | | |
|---------------|----------------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| (フリガナ) | | 料金等の 収納依頼 企業名 | 鹿児島県医師会 鹿児島県医師協同組合 鹿児島県医師国保組合 |
| 会員名 (組合員名) | | | |
| 住所 | (〒 -) TEL: () | 料金等の 種類 | 諸会費・各種保険料 各種料金等 |
| 引去顧客番号 | 個人番号: 法人番号: | 〈受付事業所〉 | |

預金口座振替依頼書

記入方法

鹿児島銀行
南日本銀行
医師信用組合

御 中 (該当する金融機関を○で囲んでください。)

記入日

令和 年 月 日

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、下記規定を確約のうえ依頼します。

収納企業名 鹿児島県医師会・鹿児島県医師協同組合・鹿児島県医師国民健康保険組合

太枠すべてご記入・ご捺印ください。

(該当する金融機関を○で囲んでください)

| | | | | | | | | | | |
|------|--------|---|---------------|-------------------------|--|---|---|-------------|---|---|
| 預金口座 | (フリガナ) | イリヨウホウシベンカケンカイ | 銀行へのお届け印 | 鹿児島・南日本銀行 鹿児島県医師信用組合 | | | | | | |
| | 預金者名 | シビョウイン リジチョウ ケンイ タロウ | | 中央 支店出張所 | | | | | | |
| | | 医療法人鹿県会 医師病院 理事長 県医 太郎 | 銀行コード 店コード | 預金種目 | | | | 1. 普通 2. 当座 | | |
| | | ※法人の場合は金融機関お届出の法人名、肩書、代表者名をすべて省略せず記入してください。 | | 口座番号 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|---|---------|------------------------|------------|---------|----|----|
| 振替日 | 収納企業の指定 | (銀行休業日の場合は翌営業日) | | | | |
| —預金口座振替規定— | | 記載額を預金口当座勘定規定に おしませ | (不備返却事由) | | 検印 | |
| 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座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金かかわらぬ。預金通帳、同封戻請求書の提出を必ずお | | | 1. 預金取引なし | 5. 店番相違 | | 照合 |
| 2. 振替を和書で送付された場合は、振替用紙を必ずお送りください。振替用紙の送り忘れは、振替が実行されず、振替手数料が戻ります。振替用紙の送り忘れは、振替が実行されず、振替手数料が戻ります。 | | | 2. 記載事項等相違 | 6. { } | | |
| 3. この規定をしない限り、銀行はこの契約が終了したものとします。 | | さしつかえあり | | | | |
| 4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行銀行に迷惑をかけません。 | | る場合を除き、 | | | | |

太枠の赤字部分をご記入・ご捺印ください。

(収納企業使用欄) 太枠のみご記入ください

| | | | | | |
|---------------|---|---------------------|-------------------------------------|-------------------|--|
| (フリガナ) | ケンイ タロウ | 料金等の 収納依頼 企業名 | 鹿児島県医師会 鹿児島県医師協同組合 鹿児島県医師国保組合 | | |
| 会員名 (組合員名) | 県医 太郎 | | 料金等の 種類 | 会費・各種保険料 各種料金等 | |
| 住所 | (〒890-0053) 鹿児島市中央町123番999号 TEL: 099 (123) 4567 | | | | |
| 引去顧客番号 | 個人番号 | 法人番号 | 〈受付事業所〉 | | |