


承 諾 書

三重県医師国民健康保険組合 様

年 月 日

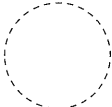
被保険者証記号番号		料金等の種類	国民健康保険料
1 種組合員	住 所	〒 (TEL)	
	(フリガナ)		
	氏 名	組 合 員 の 印	

私の納入すべき三重県医師国民健康保険組合保険料相当額を、次の指定預金口座から毎月口座振替により支払い三重県医師国民健康保険組合名義普通預金口座へ入金することを承諾いたします。

1. 指定預金口座

取 引 銀 行	預金種目	口 座 番 号
銀行 店 支店 出張所	1. 普 通 2. 当 座	

2. 上記1種組合員名と預金口座の名義が異なるときに、ご記入下さい。

預 金 口 座	住 所	〒 (TEL)
	(フリガナ)	
	預 金 者 氏 名	銀行への お届け印
		

3. 振 替 日 三重県医師国民健康保険組合指定の日

4. 振 替 期 間 私から払込停止を申し出るまで

預金口座振替依頼書

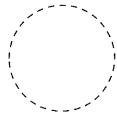
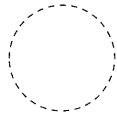
株式会社

銀行 御中

年

月

日

収 納 者	三重県医師国民健康保険組合	料金等の種類	国民健康保険料
預 金 口 座	住 所	〒 (TEL)	
	(フリガナ)		
契 約 者 (1種組合員)	住 所	〒 (TEL)	
	(フリガナ)		
〔上記の氏名 と異なる ときに記入 して下さい〕	預 金 者 氏 名	銀行への お届け印	
	氏 名	組 合 員 の 印	

私は上記保険料を、次により口座振替によって支払うこととしたいので、下記の事項を確約のうえ依頼いたします。

1. 指定預金口座

取 引 銀 行	預金種目	口 座 番 号
銀行 店 支店 出張所	1. 普 通 2. 当 座	

2. 振 替 日 三重県医師国民健康保険組合指定の日

3. 振 替 期 間 三重県医師国民健康保険組合より停止を申し出るまで

記

- 私が支払うべき保険料について貴行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書に記載された金額を預金口座から引き落としのうえ、お支払い下さい。
なお、請求日に変更された場合には、請求書に記載された日をもって処理されてもさしつかえありません。
- 預金の引き落としにあたっては、当座勘定規定または普通預金規定にかかわらず、小切手の振出または預金通帳および預金払戻請求書の提出はいたしません。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、貴行の責によるものを除き、貴行にはご迷惑をかけません。