預 金 口 座 振 替 依 頼 書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 銀　行 / 信用組合 / 信用金庫 御中
（該当するものに○）

（ご記入日）
年　　月　　日

私は、下記の神奈川県歯科医師国民健康保険組合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	神奈川県歯科医師国民健康保険組合

（捨印）

預金口座	（フリガナ） 預金者名		銀行への届出印	銀行・信組・信金 支店
				銀行コード・支店コード
				預金種目　1.普通　2.当座
				口座番号

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 ―

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。
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、請求書を返却してさしつかえありません。
3. 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	（不備返却事由） 1. 預金取引なし　3. 印鑑相違 2. 記載事項等相違（店名、預金種目、口座番号、口座名義）　4. その他（　　） （備　考）	検印 印鑑照合 受付印

（フリガナ） 契約者名		印	料金等の収納依頼企業名	神奈川県歯科医師国民健康保険組合
住　所	〒　　－ 電話　　－　　－		料金等の種類	国民健康保険料
契約者番号等				