預 金 口 座 振 替 依 頼 書

捨 印

銀行　御中

（通帳届出）　住　　所

口座名義　（フリガナ）

ご預金の届出印

私は、秋田県医師国民健康保険組合に納付すべき国民健康保険料、共済会会費について、次により預金口座振替によって支払うこととしたいので、下記事項を確約の上依頼します。

指　定　口　座		種 目	口座番号	振替日
銀行	支店	普 通 当 座		21 日 （休日の場合は翌営業日）
振替開始月	令和　　年　　月支払分			

記

1．私が支払うべき保険料などについては、秋田県医師国民健康保険組合より貴行に引落明細書が送付された時は、私に通知することなく、当該引落明細書に記載された金額をお支払いください。

なお、振替日が変更された場合には、秋田県医師国民健康保険組合から指示された日をもって処理されてさしつかえありません。

2．預金口座からの引落しにあたっては、当座預金勘定、または普通預金勘定にかかわらず、小切手の振出または預金通帳および払戻請求書は提出いたしません。

3．預金口座の残高が振替日において引落明細書の金額に満たない時は、私に通知することなく引落不能処理されてもさしつかえありません。

4．貴行の都合により、所定の振替日の前営業日または前々営業日もしくは翌営業日または翌々営業日に預金口座より引落されてもさしつかえありません。

5．この預金口座振替について仮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。

以　上

銀行使用欄	確認日付　　確認者印