

預金口座振替依頼書

銀行 御中

西暦 20 年 月 日

千葉県保険医協会		料金等の種類 (○印をつけて下さい)	1. 会 費 2. 休業保障 3. 保険医年金 4. グループ保険 5. 医師賠償責任保険 6. 労働保険
口座	住 所	郵便番号 (電話)	
	名 義	(ふりがな)	㊞ (お届け印)

私が千葉県保険医協会に支払うべき会費、共済制度掛金等を次の通り口座振替により支払うことにしたいので、下記事項を確約の上依頼します。

指 定 口 座	銀 行	種 目	口 座 番 号	振 替 日
	支店	普通 通座		24日 (休日のときは翌営業日)
振 替 開 始	西暦 20 年 月 支払分より			

記

- 私が支払うべき料金等について、貴行に請求書が送付されたときには、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落としの上、お支払いください。振替日に変更されたときには請求書記載の日をもって処理されて差支えありません。
- 預金引落としに当っては当座勘定約定書又は預金規定に拘らず、小切手の振出し又は預金通帳および預金払戻請求書の提出をいたしません。
- 預金残高が振替日において請求書の金額に満たないときは、私に通知することなく請求書を返却されても差支えありません。
- この契約は貴行が必要と認めた場合、私に通知なく解除されても異議ありません。
- この振替について仮に紛議が生じても貴行の責めによるものを除き貴行に迷惑をかけません。

(取扱店保管)

預金口座振替申込書

千葉県保険医協会 御中

西暦 20 年 月 日

千葉県保険医協会		料金等の種類 (○印をつけて下さい)	1. 会 費 2. 休業保障 3. 保険医年金 4. グループ保険 5. 医師賠償責任保険 6. 労働保険
医療 機 関	住 所	郵便番号 (電話)	
	診 療 所 名	(ふりがな)	
口 座	氏 名	(ふりがな)	
	住 所	郵便番号 (電話)	
座	名 義	(ふりがな)	㊞ (お届け印)

指 定 口 座	銀 行	種 目	口 座 番 号	振 替 日
	支店	普通 通座		24日 (休日のときは翌営業日)
振 替 開 始	西暦 20 年 月 支払分より			

取扱金融機関

取扱店 銀行名	銀行 店 ㊞
受 付 年月日	

(取扱店 → 取纏店 → 協会)