

口座振替依頼書

(銀行用)

(念書)

私儀 今般神奈川県医師国民健康保険組合に加入いたしましたので私より同組合へ
支払う保険料を毎月下記方法により同組合へ払込みの手続きをご依頼いたします。
なお 本件に関し将来如何なる事故が生じましても貴行には一切迷惑損害をかけま
せん。

記

捨印

捨印

- 貴行は普通預金規程第 項にかかわらず、毎月普通預金通帳並びに同
払戻請求書なしに私名義預金口座番号(普通・当座)
より神奈川県医師国民健康保険組合発行の納入依頼書記載金額を差落し
貴行 支店における神奈川県医師国民健康保険組合名義の
普通預金口座に振込む。
- 本取扱については後日遅滞なく普通預金通帳を提出する。

令和 年 月 日
〒

住 所

ふりがな
口座名義

印

銀行

支店 御中

(注意) 印鑑は必ず銀行届出印を使用してください。
必要事項を記入捺印して頂き、直接医師国保へご送付ください。
金融機関での手続きは必要ありません。
印鑑レス口座の場合は認印を捺印の上、切取線下の欄にレ点を入
れてください。

(切取線)

口座振替受領書(念書)

印鑑レス口座

(印鑑レス口座の場合は☑してください)

神奈川県医師国民健康保険組合保険料振込に関する口座振替依頼書正に受取りました。

令和 年 月 日 払込開始 令和 年 月 日

31-

預金口座番号

様 (普通・当座)

銀行名

(注意) 本受領書は医師国保組合へご送付ください。