

口座振替依頼書

株式会社 埼玉りそな 銀行御中
りそな

令和 年 月 日

住所

氏名

当方は、埼玉県薬剤師国民健康保険組合から請求された国民健康保険料を貴行における当方下記預金口座より支払う場合に限り当座勘定取引約定書、若しくは普通預金規定にかかわらず、小切手または普通預金払戻請求書なしに貴行において当方の預金勘定から払出しお振替ください。なお、これに関し後日如何なる事故がありましても当方においてその責に任じ、貴行に一切ご迷惑・ご損害をかけません。後日のため本書依頼書をさし入れておきます。

記

銀行名	銀行	捨印
支店名		
預金種類	普通・当座	印
口座番号	7桁未満は、前に0を記載してください。	銀行届出印 (この口座に印鑑登録をしていない方は認印)
預金名義	フリガナ	印

- 印鑑は、銀行への届出印を「捨印」「銀行届出印」の2ヶ所へ押印してください。
・口座開設時に印鑑登録をしていない方は、認印を「捨印」「銀行届出印」の2ヶ所へ押印してください。
- 預金名義が法人の場合、法人名と代表取締役名もご記入ください。
- 本依頼書は、薬剤師国民健康保険組合経由で提出してください。
- 振替日は、毎月20日(土・日・祝日の場合は翌営業日)となります。

金融機関 使用欄	検印	印鑑照合	受付印