

口座振替依頼書

年 月 日

信用金庫
銀行

支店 様

預金者
住所
氏名
所属事業所名

保険料振替者氏名

国民健康保険料徴収機関

所在地 宇都宮市駒生町3337番地の1
名称 栃木県医師国民健康保険組合
氏名 理事長

(印)

栃木県医師国民健康保険組合より提出されたる振替明細書に基づき、毎月私が負担すべき国民健康保険料を私の下記口座より、
所定の手続きを省略して、
における栃木県医師国民健康保険組合普通預金口座へ振り込んでください。

これについて後日どのような事故等が生じましてもすべて私共がその責を負い
に対し、いささかもご迷惑をおかけいたしません。

ここに連署をもって本書を差し入れます。

記

振替出金 すべき 預金口座 の表示	預金種類	1. 普通 2. 当座	口座 番号	No.
	フリガナ			銀行取引印
口座 名義				

振替指定日：毎月23日（土曜・日曜・祝日の場合は翌営業日）