

①足利銀行 ②栃木銀行 ③群馬銀行 ④鹿沼相互信用金庫 の金融機関を指定される場合は、この口座振替依頼書にご記入のうえ当組合へご返送ください。当組合から金融機関へ提出します。

上記①～④を除く金融機関を指定する場合は当組合（TEL. 028-622-4378）までご連絡ください。この「口座振替依頼書」は提出不要です。

記入例

口座振替依頼書

記入年月日をご記入ください。

令和 4年 4月 1日

信用金庫

〇 〇 銀行 〇 〇 支店 様

国民健康保険料を振替する銀行・支店名をご記入ください。

預金者

住所 宇都宮市駒生町 3000-1

氏名 国保 太郎

所属事業所名 国保クリニック

預金者（預金口座）の住所・氏名、及びご自身が勤務する所属事業所名（医療機関・福祉施設等）をご記入ください。

保険料振替者氏名 国保 太郎

保険料振替者（医師国保加入の第1種組合員（医師）の氏名をご記入ください。

国民健康保険料徴収機関

所在地 宇都宮市駒生町 3 3 3 7 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)

この間の文章内の空白欄は記入不要です。

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、 店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。

預金口座の内容をご記入のうえ、銀行取引印を鮮明に押印ください。

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. 1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	国保クリニック インチョウ コホト 知		銀行取引印
口座名義	国保クリニック 院長 国保 太郎		国保

振替指定日：毎月 2 3 日（土曜・日曜・祝日の場合は翌営業日）