



# 預金口座振替申込書

令和 年 月 日

(収納企業名) 百十四銀行健康保険組合 御中

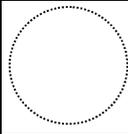
(金融機関への依頼内容)

|                  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |      |  |  |   |  |  |  |
|------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|------|--|--|---|--|--|--|
| 預<br>金<br>口<br>座 | フリガナ             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 百 十 四 銀 行<br>支 店 |      |  |  |   |  |  |  |
|                  | 預<br>金<br>者<br>名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 銀行・店<br>コード      |      |  |  |   |  |  |  |
|                  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  | 預金種目 |  |  |   |  |  |  |
|                  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  | 口座番号 |  |  |   |  |  |  |
|                  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0 1 7 3          |      |  |  | <input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座 |  |  |  |

|     |                           |
|-----|---------------------------|
| 振替日 | 収納企業の指定する日（銀行休業日の場合は翌営業日） |
|-----|---------------------------|

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| 金融<br>機<br>関<br>使<br>用<br>欄 | (口座番号確認印) |
|-----------------------------|-----------|

私は、下記の料金等を預金口座振替により支払うこととしたく、上記の内容を金融機関に対して依頼しましたので、請求書は上記の金融機関に送付してください。

|            |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                            |  |
|------------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|----------------------------|--|
| フリガナ       |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 契約者印  |                            |  |
| 契約者名       |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 企<br>業<br>名<br>百十四銀行健康保険組合 |  |
| 住 所        | 〒 - (Tel - - ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 料<br>種<br>金<br>等<br>の<br>類  | 健康保険料                      |  |
| 契約者<br>番号等 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                            |  |