

預金口座振替依頼書

令和 年 月 日

銀行御中
信用金庫

私は、下記の収納企業から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

収納企業名	東 京 都 医 師 国 民 健 康 保 険 組 合
振 替 日	25日（金融機関休業日の場合は翌営業日）

お手元の通帳より太枠内に正確にご記入ください。

[illegible]

預金口座振替規定

1. 銀行（金庫）に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しの上で支払ってください。この場合、予定定額とは当座勘定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
2. 振替日において請求書記載金額が「預金口座から払戻することできる金額（当座貸越を利用してできる範囲内の金額を含む）」をこえるときは、私に通知することなく、請求書を送却してさしつかえありません。
3. この契約が解約されたときは、私ら銀行（金庫）に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、特に申出なしで限り、銀行（金庫）はの契約が終了したものとして取り扱ってさしつかえありません。
4. この預金口座振替についてから1年を超えても、銀行（金庫）の責めにある場合を除き、銀行（金庫）には迷惑をかけるません。

(金融機関へのお願い)

1. この預金口座振替依頼書に不備がありましたら、不備返却事由欄の該当項目に○印をつけて速やかに
東京都医師国民健康保険組合(〒103-0022 東京都中央区日本橋室町4-1-21近三ビル5F)へご返送ください。

金融機関 使用欄	(不備返却事由)	検印
	1. 預金取引なし	
	2. 記載事項等相違 店名、預金種目、 口座番号、口座名義	印鑑照合
	3. 印鑑相違	
	4. その他 ()	
	----- 備考	受付印

※太ワク内を記入して下さい。

[illegible]