

後期高齢者医療保険料預金口座振替依頼書

令和 年 月 日

支 店

銀行 信組

支 所

金庫 農協

出張所 御中

住 所

氏 名

印

電 話

東庄町に納付する後期高齢者医療保険料を指定口座振替の方法により納付したいので、下記事項確認のうえ依頼します。

金融機関コード

1 指定預金口座

預金の種類	口 座 番 号						
1 普通預金							
2 当座預金							番

2 口座名義人

(フリガナ)	
口座名義人	印(お届け印)

3 払込方法

期別納付

4 振替日

町長が指定する日

5 取扱期間

千葉県後期高齢者医療保険者である期間

捨印

記

- 本依頼書に記載した事項については貴行(金庫、組合)所定の方法で引落しのうえ、お振替下さい。この場合、普通預金規定または当座勘定規定の定めにかかわらず普通預金通帳及び同払戻請求書の提出または当座小切手の振出しを省略します。
- 所定の振替日に預金残高が納付金に満たないときは、私に通知することなく町当局へ連絡されても異議ありません。
- この依頼書にもとづく取扱いについては領収書に替える振替済書等で差し替えありません。
- この預金口座振替契約は貴行(金庫、組合)が必要と認めた場合には、私に通知することなく解除されても異議ありません。なお、万一上記以外の事柄で問題が生じた場合には遅滞なくご相談し、貴行(金庫、組合)には迷惑や損害をかけません。

<取扱金融機関>

千葉県銀行
 かとり農業協同組合
 佐原信用金庫
 京葉銀行
 千葉興業銀行
 銚子信用金庫
 銚子商工信用組合

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

取扱日	印鑑照合

後期高齢者医療保険料預金口座振替届出書

令和 年 月 日

東庄町長

住 所 _____
氏 名 _____ 印
電 話 _____

東庄町に納付する後期高齢者医療保険料を指定口座振替の方法により納付したいので、下記事項確認のうえお届けします。

銀行 信組 金庫 農協	支 店 支 所 出張所	金融機関確認印
----------------	-------------------	---------

金融機関コード							
				—			

1 指定預金口座

預金の種類	口 座 番 号						
1 普通預金 2 当座預金							番

2 口座名義人

(フリガナ)	
口座名義人	印(お届け印)

3 振替開始年月 _____年 _____月から

4 振 込 方 法 期別納付

5 振 替 日 町長が指定する日

6 取 扱 期 間 千葉県後期高齢者医療保険者である期間



※ 記入上の注意

- 1 印鑑は金融機関で払戻しに使用している届出印を押印してください。
- 2 届出書・依頼書は切りはなさず記入のうえお届け下さい。
- 3 不用な箇所は_____で消去して下さい。

処 理 欄	世 帯 番 号		処 理 日	年 月 日
	開 始 年 月	年 月 日から	処 理 番 号	
	備 考			