

銀行受付印

## 健康保険料預金口座振替依頼書(組合提出用)

令和 年 月 日

銀行 店 御中

告知番号

所在地

依頼人名 称

事業主氏名

印

名古屋薬業健康保険組合に毎月納付する保険料を預金口座振替で納付することとしたいので下記により依頼いたします。

## 記

1. 名古屋薬業健康保険組合から私が納付すべき保険料の納入告知書が貴行に送付されましたら、私に通知しないで指定納期限内に末尾記載の指定預金口座から納入告知書に記載の金額を払出し、名古屋薬業健康組合の口座へ納入してください。
2. 前号については、当座勘定取引約定または普通預金規定にかかわらず小切手の呈示または普通預金通帳ならびに同払戻請求書の提出等をいっさい省略してください。
3. 指定預金口座の残高が振替日に納入告知書の金額に満たないときは、当該納入告知書を返却されても異議はありません。
4. 預金口座から支払ったことの私への通知は必要ありません。なお領収書は貴行の適宜の方法により私にお渡してください。
5. この取り扱いについて紛議が生じても貴行に迷惑をかけません。

指定預金口座	預金科目	口座番号	預金口座名義	届出印	振替日
	普通預金				毎月末日
	当座預金				

(備考) 振替日が休日の場合は翌営業日とする。