

金融機関用

令和〇年 △△月 ××日

銀行口座振替依頼書(保険料用)

三菱UFJ銀行 御中

フリガナ	イ キョウ タ ロウ	金融機関お届け出印
口座名義	医協太郎	印

(法人名義の場合は、肩書き及び代表者名までご記入下さい。)

名古屋市医師会協同組合が貴店に提出する「名古屋市医師会協同組合徴収金明細による金額」の記載に基づいて、その金額を次の私名義預金口座より支払予定日に支払われたく下記事項を確認のうえ依頼します。

金融機関名	三菱UFJ 銀行
	東区葵 支店 出張所
預金種目	1 普通(総合口座) 口座番号
(どちらかに○印)	2 当座 1234567

- 上記払出については当座勘定または、普通預金の規定にかかわらず、私の普通預金通帳、同支払請求書、当座小切手なしで払出し、上記組合口座へお振込下さい。
- 万一、支払日に私の指定した預金口座の残金が不足し送付された徴収金明細書金額の全部を支払できない場合には、私に連絡することなく貴行において適宜お取扱い下さい。後日本件に関しては何等異議申立てはいたしません。

以上

名医協保管用

令和〇年 △△月 ××日

口座名義届出書

名古屋市医師会協同組合 御中

[住所]
〒 461-0004
愛知県名古屋市東区葵1-18-14
[電話番号] (052) 937 - 7832

フリガナ	イ キョウ タ ロウ	金融機関お届け出印
口座名義	医協太郎	印

(法人名義の場合は、肩書き及び代表者名までご記入下さい。)

記

金融機関名	三菱UFJ 銀行
	東区葵 支店 出張所
預金種目	1 普通(総合口座) 口座番号
(どちらかに○印)	2 当座 1234567

上記の通りお届け致します。

以上

被保険者名	
証券 No.	
保険種類	備考