様式第９号

預 金 口 座 振 替 依 頼 書

銀　行	御中	令和　　年　　月　　日

預金口座	収 納 者	埼玉県医師国民健康保険組合	料金等の種類	保険料	振替日	２３日 休業日の場合は翌営業日
	フリガナ				金融機関お届印	
	預金名義				※印鑑レス口座は任意の印鑑を押印	
	銀行名 支店名	銀行	支店	預金種目 （どちらか一方○印）	口　座　番　号 （数字のみを右づめでご記入ください）	
	コード	銀　行　番　号	店　番　号	１ 普　通 ２ 当　座		

捨印

指定金融機関　（１）埼玉県医師信用組合　（２）埼玉りそな銀行　（３）りそな銀行　（４）武蔵野銀行　（５）みずほ銀行
（６）三井住友銀行　（７）足利銀行　（８）東和銀行　（９）群馬銀行　（１０）埼玉県信用金庫　（１１）三菱ＵＦＪ銀行

私は、上記の保険料を上記預金口座より口座振替の方法により支払うこととしたいので下記の事項を確認のうえ依頼します。

組 合 員 名	
自 宅 住 所	〒　　－　　〔ＴＥＬ〕自宅・携帯・勤務先　　－　　－
被保険者記号番号	

記

１．銀行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き落としのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規程にかかわらず、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ことのできる金額（当座貸越を利用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、請求書を返却してもさしつかえありません。
３．契約を解約するときは、私から銀行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり埼玉県医師国民健康保険組合から請求がない等相当の事由があるときは、特に申出をしない限り、銀行はこの契約が終了したものとして取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りに紛議が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。

[銀行使用欄]

受　付　印	検　印	印鑑照合	受付印

（銀行保管）

（組合員→医師国保→銀行）

HP

預金口座振替依頼書について

〇この用紙は医師である組合員が埼玉県医師国民健康保険組合に加入を希望するとき、
　また、すでに加入している組合員が登録口座の変更を希望するときに提出するものです。

〇用紙は必ず「埼玉県医師国民健康保険組合」宛に郵送または持参してください。

指定銀行について

〇口座振替指定金融機関は次のとおりです。

（１）埼玉県医師信用組合　（２）埼玉りそな銀行　（３）りそな銀行
（４）武蔵野銀行　（５）みずほ銀行　（６）三井住友銀行　（７）足利銀行
（８）東和銀行　（９）群馬銀行　（１０）埼玉県信用金庫　（１１）三菱ＵＦＪ銀行

〇組合員名と口座名義は一致しなくても差し支えありません。

〇法人名義の口座を指定するときは、代表者名までご記入ください。
　（例：医療法人××会　理事長　医師太郎）

印鑑について

〇記入箇所を訂正するときは、訂正印として金融機関お届け印をご捺印ください。

〇**印鑑レス口座**（口座開設や取引時に印鑑を使用しない口座）など、金融機関お届け印がない口座を指定する場合は、本人確認として「任意の印鑑」を押してください。サイン登録口座は押印欄にサインしてください。なお、金融機関により、ネットバンキング等で追加認証が必要な場合がありますので、ご確認ください。

振替日について

〇毎月１日時点で加入されている方の保険料を、その月の２３日（休業日の場合は翌営業日）に引き落とします。

≪ご案内≫
口座振替指定金融機関のご選定にあたり、埼玉県医師会関連の金融機関である「埼玉県医師信用組合」をご検討いただきますようお願いいたします。
新規口座開設を希望される方は、埼玉県医師国保組合（℡048-824-2631）または埼玉県医師信用組合（℡048-824-2651）にご連絡いただければ、埼玉県医師信用組合の加入申込書を送付いたします。
※埼玉県医師信用組合に新規口座を開設し、その口座を保険料振替口座に指定する場合は、預金口座振替依頼書の口座番号は未記入でお願いします。