



(組合用)

課 長	係 長	係

1/3

- ① 枠内を入力していただくと2P目以降に転記されます。
- ② 銀行届出印は全てのページに押してください。(7ヶ所)
- ③ 生年月日の元号に○囲みしてください。(1/3、2/3、3/3)
- ④ 全てのページに普通・当座の別を○囲みしてください。

東京薬業健康保険組合理事長 殿

確認印	
-----	--

被 保 険 者 等	記号	9477	番号	99999
被 保 険 者 氏 名	薬業 太郎 印			
生 年 月 日	1 昭和 2 平成	43	年	10 月 23 日 生
住 所	〒 110-0015 東京都台東区東上野1-27-2 センターマンション201			
	☎	03	-	3833 - 3235

健康保険料
調整保険料
介護保険料

預金口座自動振替及び納付書送付(変更)申出書

標記保険料を預金口座振替納付することについて、金融機関の承諾を得ましたので
※ 令和 年 月分以降の健康保険料・調整保険料・介護保険料は、下記の金融機関より自動振替をお願いいたします。おって納付書は、下記金融機関の貴組合取りまとめ契約店に送付してください。

記

1. 自動振替金融機関

金 融 機 関 名	銀 行 コ ー ド			みずほ		銀行				
	0	0	0	1						
支 店 名	支 店 コ ー ド			新橋		支店				
	1	3	0							
預 金 科 目 及 び 口 座 番 号	普通・当座		No.	0	2	3	0	0	4	0
口 座 名 義	フリガナ		ヤクギョウ				タロウ			
	氏 名		薬業				太郎			

※被保険者名義のみ可。フリガナは必ず通帳と同一にしてください。

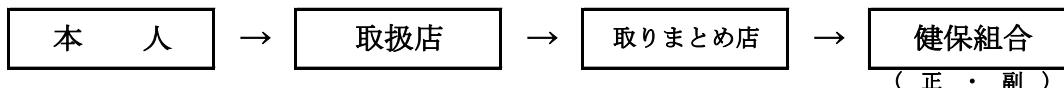
2. 口座振替納付日：毎月10日(10日が休祝日のときは翌営業日) (注意事項)

- (1) ※印の自動振替年月は記入しないでください。
- (2) 自動振替金融機関は、三菱UFJ銀行・みずほ銀行・三井住友銀行
りそな銀行・埼玉りそな銀行です。それ以外の金融機関ではできません。
- (3) この申出書は、3枚とも取扱店にお渡しください。

取扱店様：この申出書は貴店の金融機関確認印を正・副・控に押印
のうえ3枚とも取りまとめ店に回送してください。

組 合 受 付 印

東京薬業健康保険組合





令和 年 月 日

金融機関確認	
確認年月日	年 月 日
確認印	

被保険者等	記号	9477	番号	99999
被保険者氏名	薬業 太郎 印			
生 年 月 日	1 昭和	43	年	10 月 23 日生
	2 平成			
住 所	〒 110-0015 東京都台東区東上野1-27-2 センターマンション201			
	☎	03	-	3833 - 3235

健康保険料
調整保険料
介護保険料
預金口座自動振替及び納付書送付(変更)確認通知書

貴殿より申し出のあった標記保険料の預金口座振替納付について、
※ 令和 年 月分以降の健康保険料・調整保険料・介護保険料は、下記の金融機関より自動振替することにします。したがって納付書は今後下記金融機関の当組合取りまとめ契約店に送付しますので通知します。

記

1. 自動振替金融機関

金融機関名	銀行コード				みずほ 銀行									
	0	0	0	1										
支店名	支店コード				新橋 支店									
	1	3	0											
預金科目及び口座番号	普通 当座				No.	0	2	3	0	0	4	0		
口座名義	フリガナ				ヤクギョウ				タロウ					
	氏 名				薬業				太郎					

※フリガナは必ず通帳と同一にしてください。

2. 口座振替納付日：毎月10日(10日が休祝日のときは翌営業日)
(注意事項)

自動振替金融機関を変更したときは、
すみやかに変更届を出してください。

組 合 受 付 印

※ 本申込書に記入された情報は、保険料の収納業務の目的以外に使用いたしません。
※ 個人情報の取り扱いについては、ホームページに掲載しています。



(取りまとめ店用)

令和 年 月 日

金融機関確認	
確認年月日	年 月 日
確認印	

被保険者等

記号 9477 番号 99999

被保険者氏名

薬業 太郎 印

生 年 月 日

1 昭和 43 年 10 月 23 日生
2 平成

住 所

〒 110-0015
東京都台東区東上野1-27-2
センターマンション201

☎ 03 - 3833 - 3235

健康保険料
調整保険料 預金口座自動振替及び納付書送付(変更)申出書
介護保険料

標記保険料を預金口座振替納付することについて、金融機関の承諾を得ましたので令和 年 月分以降の健康保険料・調整保険料・介護保険料は、下記の金融機関より自動振替をお願いします。おって納付書は、下記金融機関の貴組合取りまとめ契約店に送付してください。

記

1. 自動振替金融機関

金融機関名	銀行コード			みずほ 銀行										
	0	0	0	1										
金融機関名	支店コード			新橋 支店										
	1	3	0											
預金科目及び口座番号	普通 当座			No.	0	2	3	0	0	4	0			
口座名義	フリガナ		ヤクギョウ				タロウ							
	氏 名		薬業				太郎							

※フリガナは必ず通帳と同一にしてください。

2. 口座振替納付日：毎月10日(10日が休祝日のときは翌営業日)



金融機関用
取扱店で
お控えください

健康保険料
調整保険料
介護保険料

預金口座振替依頼書

令和 年 月 日

みずほ

銀行

新橋

支店

御中

依頼人 住所 東京都台東区東上野1-27-2
センターマンション201

(フリガナ)

ヤクギョウ

タロウ

氏名

薬業

太郎

印

®

電話

03

—

3833

—

3235

東京薬業健康保険組合に毎月納付する健康保険料・調整保険料・介護保険料を、預金口座振替で納付したいので下記のとおり依頼します。

記

- 東京薬業健康保険組合から私が毎月納付すべき健康保険料・調整保険料・介護保険料の納付書が貴行のとりまとめ店より送付されましたら、私に通知することなく指定納付期日内に下欄記載の指定預金口座から納付書記載の金額を払出し東京薬業健康保険組合へ納入してください。
- 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並びに同払戻請求書の提出をいっさい省略してください。
- 指定預金口座の残高が振替日に納付書の金額に満たないときは、当該納付書を返却されても異議はありません。
- この取扱いについて紛議が生じても貴店に迷惑はかけません。

指定 預金 口座	預金科目	口座番号	氏名（フリガナ）	届出印
	当座預金		ヤクギョウ	タロウ
	普通預金	0230040	薬業	太郎
	(該当を○でかこむ)			印

5. 口座振替納付日：毎月10日（10日が休祝日のときは翌営業日）

取扱店様：この依頼書は貴店確認後、別紙申出書（3枚組）とともにとりまとめ店へ回送してください。

本人

→

取扱店

東京薬業健康保険組合

控

本人用
本人にお渡し
ください。健康保険料
調整保険料
介護保険料

預金口座振替依頼書

令和 年 月 日

みずほ

銀行

新橋

支店

御中

依頼人 住所 東京都台東区東上野1-27-2
センターマンション201

(フリガナ)

ヤクギョウ

タロウ

氏名

薬業

太郎

印

®

電話

03

—

3833

—

3235

東京薬業健康保険組合に毎月納付する健康保険料・調整保険料・介護保険料を、預金口座振替で納付したいので下記のとおり依頼します。

記

- 東京薬業健康保険組合から私が毎月納付すべき健康保険料・調整保険料・介護保険料の納付書が貴行のとりまとめ店より送付されましたら、私に通知することなく指定納期日内に下欄記載の指定預金口座から納付書記載の金額を払出し東京薬業健康保険組合へ納入してください。
- 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並びに同払戻請求書の提出をいっさい省略してください。
- 指定預金口座の残高が振替日に納付書の金額に満たないときは、当該納付書を返却されても異議はありません。
- この取扱いについて紛議が生じても貴店に迷惑はかけません。

指定 預金 口座	預金科目	口座番号	氏名（フリガナ）	届出印
	当座預金		ヤクギョウ	タロウ
	普通預金	0230040	薬業	太郎
	(該当を○でかこむ)			印

- 口座振替納付日：毎月10日（10日が休祝日のときは翌営業日）

金融機関確認印

本人

→

取扱店

→

本人

東京薬業健康保険組合