



(組合用)

- ① 枠内を入力していただくと2ページ以降に転記されます。
- ② 銀行届出印は全てのページに押印箇所があります。(7カ所)
- ③ 全てのページに普通・当座の別を○囲みしてください。

課長	係長	係
年 月 日		
機関確認		
日	年 月 日	
確認印		

東京薬業健康保険組合理事長 殿

事業所の告知番号
(事業所記号)

4 4 1 2 (右詰)

事業所名称

東京薬業卸販売株式会社

代表者氏名

薬業 太郎

印

〒 100-0014

事業所所在地

東京都千代田区永田町2丁目17番2号

☎ 03 - 3581 - 1231

(預金口座は、健康保険組合へお届けの事業所名称・代表者氏名と口座名義が同一のものを指定してください。)

健康保険料等 預金口座自動振替及び納入告知書送付(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等は、下記の金融機関より自動振替をお願いします。
 おって納入告知書は、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				三菱UFJ 銀行						
	0	0	0	5							
支店名	支店コード				麹町中央 支店						
	0	1	5								
預金科目及び 口座番号	普通・当座		No.	0	0	7	9	4	5	5	
口座名義	フリガナ										
	トウキョウヤクギョウオロシハンバイカブシキカイシャ 東京薬業卸販売株式会社										

2. 口座振替納付日：毎月末日(末日が休祝日のときは翌営業日)

(注意事項)

- (1) 自動振替金融機関を変更したときは、すみやかにこの用紙を提出してください。
- (2) この申出書は、東京薬業健康保険組合へ提出してください(正・副)。
- (3) ※印の自動振替年月は当組合で記入しますので記入しないでください。

組合受付印

東京薬業健康保険組合

事業主

→

金融機関の
確認印を受ける
(3枚)

→

健保組合
(正・副)



(事業主用)

令和 年 月 日

金融機関確認

確認年月日 年 月 日

確認印

事業所の告知番号
(事業所記号)

4 4 1 2

事業所名称

東京薬業卸販売株式会社

代表者氏名

薬業 太郎

印

〒 100-0014

事業所所在地

東京都千代田区永田町2丁目17番2号

☎ 03 - 3581 - 1231

(預金口座は、健康保険組合へお届けの事業所名称・代表者氏名と口座名義が同一のものを指定してください。)

健康保険料等 預金口座自動振替及び納入告知書送付(変更)通知書

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(引落日:令和 年 月 日)の健康保険料等は、下記の金融機関から自動振替しますので通知いたします。

記

1. 自動振替金融機関

金融機関名	銀行コード				三菱UFJ銀行							
	0	0	0	5								
支店名	支店コード				麹町中央支店							
	0	1	5									
預金科目及び 口座番号	普通	当座	No.	0	0	7	9	4	5	5		
口座名義	フリガナ トウキョウヤクギョウオロシハンバイカブシキカイシャ											
	東京薬業卸販売株式会社											

2. 口座振替納付日: 毎月末日(末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、すみやかにこの用紙を提出してください。
- この申出書は、東京薬業健康保険組合へ提出してください(正・副)。

組合確認印

※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は使用いたしません。
 ※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	

事業所の告知番号
(事業所記号)

4 4 1 2

事業所名称

東京薬業卸販売株式会社

代表者氏名

薬業 太郎

印

〒 100-0014

事業所所在地

東京都千代田区永田町2丁目17番2号

☎ 03 - 3581 - 1231

(預金口座は、健康保険組合へお届けの事業所名称・代表者氏名と口座名義が同一のものを指定してください。)

健康保険料等 預金口座自動振替及び納入告知書送付(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等は、下記の金融機関より自動振替をお願いします。おって納入告知書は、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

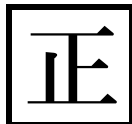
1. 自動振替金融機関

金融機関名	銀行コード				三菱UFJ銀行									
	0	0	0	5										
支店名	支店コード				麹町中央支店									
	0	1	5											
預金科目及び 口座番号	普通	当座	No.	0	0	7	9	4	5	5				
口座名義	フリガナ トウキョウヤクギョウオロシハンバイカブシキカイシャ													
	東京薬業卸販売株式会社													

2. 口座振替納付日：毎月末日(末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、すみやかにこの用紙を提出してください。



金融機関用

取扱店でお控えください

健康保険料等 預金口座振替依頼書

令和 年 月 日

三菱UFJ 銀行

麹町中央 支店 御中

(事業所記号)
告知番号 4 4 1 2 右詰

事業所名称 東京薬業卸販売株式会社

代表者氏名 薬業 太郎

電話 03 - 3581 - 1231

印

(預金口座は、健康保険組合へお届けの事業所名称・代表者氏名と口座名義が同一のものを指定してください。)

東京薬業健康保険組合に毎月納付する健康保険料等を、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等の納入告知書が貴行の取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入告知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預金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入告知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	事業所名称・事業主名	届出印
	普通預金		東京薬業卸販売株式会社	印
	当座預金 (該当を○でかこむ)	0 0 7 9 4 5 5	薬業 太郎	

東京薬業健康保険組合

- 口座振替納付日：毎月末日（末日が休祝日のときは翌営業日）
なお保険料の口座振替については、**納期限日の午後3時**までに入金を完了するようお手続きをお願いいたします。

事業主 → 取扱店

控

事業主用

事業主に
お渡しください

健康保険料等 預金口座振替依頼書

令和 年 月 日

三菱UFJ 銀行

麹町中央 支店 御中

(事業所記号)
告知番号 4 4 1 2 右詰

事業所名称 東京薬業卸販売株式会社

代表者氏名 薬業 太郎

電話 03 - 3581 - 1231

印

(預金口座は、健康保険組合へお届けの事業所名称・代表者氏名と口座名義が同一のものを指定してください。)

東京薬業健康保険組合に毎月納付する健康保険料等を、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等の納入告知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限内に下欄記載の指定預金口座から納入告知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、当座預金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入告知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	事業所名称・事業主名	届出印
	普通預金	0 0 7 9 4 5 5	東京薬業卸販売株式会社	印
	当座預金 (該当を○でかこむ)		薬業 太郎	

東京薬業健康保険組合

- 口座振替納付日：毎月末日（末日が休祝日のときは翌営業日）
なお保険料の口座振替については、納期限日の午後3時までに入金を完了するようお手続きをお願いいたします。

金融機関確認印

事業主

→ 取扱店

→ 事業主

※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は使用いたしません。

※個人情報の取扱いについては、ホームページに掲載しています。