

# 預金口座振替同意書

平成 年 月 日

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

第1種組合員 住 所

氏 名 ⑩

第1種組合員の納入すべき宮城県医師国民健康保険料は、平成 年 月分以降を私の下記預金口座より引き去り、宮城県医師国民健康保険組合の銀行口座へ振替入金の上、処理することに同意いたします。

なお、本取扱いに関しては一切貴職にご迷惑をおかけいたしません。

## 記

指定銀行	銀行		支店
店番号		預金種目 (該当する項目を○で囲む)	1. 普通預金
口座番号			2. 当座預金
預金口座名義人	(フリガナ)		3. 貯蓄預金
			銀行届出印

## 【組合記入欄】

被保険者証記号番号	区 分	台帳処理	備 考
宮医	1. 新規 2. 変更	⑩	

## ※ 個人情報取扱

本同意書に記載された個人情報は、宮城県医師国民健康保険組合、記載の金融機関取扱で、保険料の収納等契約の継続・維持管理のために使用し、相互に利用されることに同意します。

D L