

**お願い**

- 黒のボールペンで強く、しっかりとご記入ください。
- 口座名義・フリガナは正確にご記入ください。
- 複写式となっておりますので、切り離さず医師国保組合へご提出ください。
- 押印していただく箇所は、1枚目2枚目合わせて4箇所あります。

# 預金口座振替同意書

平成 年 月 日(記入日)

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

振替口座銀行名

( \_\_\_\_\_ 銀行)

住所

第1種組合員氏名

お届印

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

(左づめでご記入ください)

振替口座	銀行名	銀行			支店名	支店 (又は出張所)
	科目	普通 <input type="checkbox"/>	当座 <input type="checkbox"/>	貯蓄 <input type="checkbox"/>	店番	口座番号
	※ 口の中に✓をご記入ください					
口座名義人	フリガナ (カタカナ)					お届印 
	おなまえ (漢字)					

※ 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。

《おもな取引銀行》

七十七銀行, 仙台銀行, その他(※その他の都市銀行, 地方銀行については仙台支店のみの取り扱い)  
注) ゆうちょ銀行、ネット銀行は取扱いできません。

《組合記入欄》

被保険者証記号番号	区分	台帳処理	組合受付印	備考
宮医 A	1. 新規 2. 変更	①		

2枚目も必ず押印してください

# 預金口座振替依頼書

平成 年 月 日(記入日)

銀行 様

住所

第1種組合員氏名

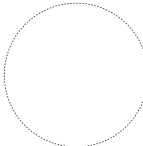
お届印

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 月分以降を口座振替により引き取り、貴行の宮城県医師国民健康保険組合の銀行口座へ、振替入金くださるようお願いいたします。

## 記

- 請求書記載該当額を貴行との預金約定に拘らず、貴行の預金通帳及び請求書又は小切手なしで名義口座から払い出しのうえ、貴行より宮城県医師国民健康保険組合の指定口座へお払い込みください。なお、この取扱いに関しては、一切貴行にご迷惑をおかけいたしません。

(左づめでご記入ください)

振替口座	銀行名	銀行			支店名	支店 (又は出張所)
	科目	普通 <input type="checkbox"/>	当座 <input type="checkbox"/>	貯蓄 <input type="checkbox"/>	店番	口座番号
		※ □の中に✓をご記入ください				
口座名義人	フリガナ (カタカナ)					お届印 
	おなまえ (漢字)					

### ※ 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。

※DL