

【医師国保用】

- 同意書、依頼書の2枚とも医師国保組合へご提出ください。
○ 2枚目も必ず押印してください。

預金口座振替同意書

令和 年 月 日(記入日)

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

住所

第1種組合員

氏名

第1種組合員の納入すべき宮城県医師国民健康保険料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

【指定金融機関】

七十七銀行

※ 仙台銀行、ゆうちょ銀行、ネット銀行の取り扱いはできません。

預金口座	銀行名	銀行										支店						
	預金種目	※ □の中に✓をご記入ください			※左づめでご記入ください													
		普通 <input type="checkbox"/>	当座 <input type="checkbox"/>	貯蓄 <input type="checkbox"/>	店番号				口座番号									
口座名義	フリガナ															お届け印		
	氏名																	

※2枚目も押印ください

※ 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。

組合記入欄	記号番号	区分	担当者1	担当者2	担当者3	受付印
	A	新規・変更 令和 年 月分～				

【銀行用】

- 同意書、依頼書の2枚とも医師国保組合へご提出ください。
○ 2枚目も必ず押印してください。

預金口座振替依頼書

令和 年 月 日(記入日)

(銀行名) 銀行 御中

住所

第1種組合員

氏名

第1種組合員の納入すべき宮城県医師国民健康保険料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

- 1 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上、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。

預金口座	銀行名	銀行										支店					
	預金種目	※ □の中に✓をご記入ください 普通 □ 当座 □ 貯蓄 □			※左づめでご記入ください												
		店番号				口座番号											
口座名義	フリガナ															お届け印	
	おなまえ(漢字)																

※2枚目も押印ください

※ 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。

【指定金融機関】

七十七銀行

※ 仙台銀行、ゆうちょ銀行、ネット銀行の取り扱いはできません。