

# 預金口座振替特約書

記載日： 年 月 日

八 十 二 銀 行  
長 野 県 信 用 組 合  
信用金庫

(お取引銀行を○で囲んでください。)


契約者 (組合員)

氏 名

印

私は、長野県医師国民健康保険組合に加入いたしましたので、今後、組合から請求された保険料を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、所定の手続きを省略してお振替下さい。

なお、この取扱いにつき万一後日事故が生じましても、貴行の責めによる場合を除き、貴行に対してご迷惑をおかけいたしません。

預金口座	フリガナ		預 金 お届け印	取引銀行 (○で囲んで下さい)	
	(預金者氏名 口座名義)			八 十 二 銀 行 長 野 県 信 用 組 合 信用金庫	
住 所	〒			支店名	支店
				支店番号	
				預金種目	1 普 通 2 当 座
				口座番号	

※金融機関使用欄

検印	印鑑照合	受付印