

任意継続被保険者 保険料貯金口座振替依頼書・申込書 記入例

→この申込書はで口座振替(毎月払)を選択された方のみとなります。

太枠内を記入してください。

[被保険者 → 健保組合]										①健保組合用						
滋賀県農協健康保険組合 健康保険任意継続被保険者 保険料 貯金口座振替依頼書・申込書																
私が支払うべき健康保険料等を貯金口座振替によって、納付することにしたいので下記の貯金口座振替規定を承認のうえ依頼します。																
申込日 : 27年 ○月 ○日																
被 保 険 者 欄	貯 金 口 座 名 義 人	フリガナ	ケンポ タロウ						金融機関 お届出印							
		氏名	健保 太郎													
	指 定 口 座	○ ○ ○ 農業協同組合				△ △ 本・支所(店)・出張所										
		金融機関コード	店番号	貯金種目		口座番号(7桁)										
		1	1	2	2	0	3	4	1. 普通(総合)	2. 当座	0	0	1	2	3	4
住所	〒 520-×○△□ 滋賀県大津市×○-△□番地															
電話番号	自宅	077-521-1234				携帯	090-1234-5678									
振替日	毎月5日(金融機関の休業日の場合は翌営業日)															
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 3枚とも提出してください。 ◆ 印鑑は1枚目、3枚目にお届印を押印してください。 ◆ 貯金種目は、必ず一方に○印を付けてください。 																
貯金口座振替規定 1. 滋賀県農協健康保険組合(以下「健保組合」という)から貴農協に私が支払うべき健康保険料の請求がありましたら、私に通知することなく、請求額を貯金口座から引き落としのうえ支払ってください。なお、更に取扱手数料として50円(消費税別途)を加算して引き落とししてください。 この場合、貯金規定または当座勘定規定に関わらず、貯金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。 2. 振替日において請求書金額が貯金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは私に通知することなく、振替不能として健保組合に通知されてもさしつかえありません。 3. この契約を解約するときは、私から貴農協ならびに健保組合に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長時間にわたり健保組合から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、貴農協はこの契約が終了したものとして取扱ってさしつかえありません。 4. この貯金口座振替についてかりに紛争が生じても、貴農協の責めによる場合を除き、貴農協には迷惑をかけません。																
[滋賀県農協健康保険組合使用欄]										受付日付印						
決裁日 : 平成 年 月 日 常務理事 事務長 合議 係																
介 護 保 険	生年月日	昭・平 年 月 日														
	第2号 得喪	年 月 日	特定	得喪	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
被保険者証 記号・番号																
振替開始年月		年 月														

1枚目、3枚目にお届印を押印してください。押印が不鮮明な場合、受付できない場合がありますのでご注意ください。

必ず一方に○印を付けてください。

ご記入いただきますと、自宅につながらない場合、携帯電話の方へ連絡させていただきます。

金融機関使用欄
口座確認 振替依頼書受領印