

# 記入例

①

該当する区分を丸で囲んでください。 平成 年 月 日

新規 解約 変更

北 部 銀行 金庫 組合

## 介護保険料口座振替依頼書 (自動払込利用申込書)

私(口座名義人)は、納入義務者が知多北部広域連合介護保険料を口座振替(自動払込み)の方法で納付することについて了承し、下記の事項を確約のうえ口座振替(自動払込み)を依頼します。

納入義務者	フリガナ	コウイキ タロウ	被保険者番号	0012345678						
氏名		広域 太郎								
生年月日		明・大・昭 12年 6月 1日								
住所		〒476-0003 東海市荒尾町西廻間2番地の1		TEL (052) 689-2261						
納付金の名称	知多北部広域連合介護保険料	期別	1期 (7月)	2期 (8月)	3期 (9月)	4期 (10月)	5期 (12月)	6期 (2月)	随時1 (3月)	随時2 (4月)
主管課	知多北部広域連合 事業課									

☆太線内をご記入ください。

・金融機関の場合(ゆうちょ銀行を除く)

指定預金口座	銀行 本 店	種 目	口 座 番 号
	北部 金庫 組合 広域 支	1 普通預金	1 2 3 4 5 6 7
	金融期間コード	店舗コード	2 当座預金

振替日 知多北部広域連合が指定する日 振替開始月 知多北部広域連合が指定する月

・ゆうちょ銀行の場合(自動払込規定が適用されます)

種目コード	契約種別コード	通 帳 記 号	通帳番号(右からつめてご記入ください)
1 6 6	3 0	1 0 の	
1 7 6			
払込先口座番号	00850-9-961104	払込先加入者名	知多北部広域連合会計管理者
払 込 日	知多北部広域連合が指定する日	払 込 開 始 月	知多北部広域連合が指定する月

口座名義人	フリガナ	コウイキ タロウ	生 年 月 日	通 帳 印 (3枚とも押印)
	氏 名	広域 太郎	S 1 2 ・ 6 ・ 1	印
	住 所	〒476-0003 東海市荒尾町西廻間2番地の1	TEL (052) 689-2261	

\* 約 定 \*

- 振替日(払込日)は納期限の日とする。
- 預貯金の支払手続きについては、当座勘定約定又は普通預金若しくは通常郵便貯金の約定にかかわらず、当座小切手振り出または普通預金若しくは通常郵便貯金には同預貯金に対する支払請求書の提出なしで、貴店(局)所定の方法で処理すること及び領収書の発行についても省略されることに異議ありません。
- 指定預貯金口座の残高が振替日(払込日)において、納付すべき金額に満たないときは、私に通知することなく、当該請求書等を知多北部広域連合に返還されても異議ありません。
- この契約は、常時残高不足等により、貴店(局)が必要と認めた場合には、解除されても異議ありません。
- 私が解約する場合には、貴店(局)及び知多北部広域連合あてに所定の解約届及び取消届を提出します。
- この口座振替(自動払込み)の取扱いについて、万一紛議が生じても貴店(局)には迷惑をかけません。

取扱店日付印

金融機関処理欄

金融機関届出印を3枚とも押してください。

該当する区分を丸で囲んでください。

平成 年 月 日

提出年月日を記入してください。

依頼する金融機関名を記入してください。

介護保険の被保険者について記入してください。

金融機関かゆうちょ銀行のどちらかを記入してください。

金融機関届出印を3枚とも押してください。

口座名義人について記入してください。

必ず記入する項目

必要のある場合のみ記入する項目