

預金口座振替依頼書(任意継続用)

みずほ健康保険組合 御中

年 月 日

健康保険料（介護保険料）を、みずほ健康保険組合に指定する振替日に下記指定預金口座から口座振替により支払うこととしたいので依頼します。

太枠のみご記入ください。

お届け印を必ずご確認ください。

預 金 者	被 保 険 者										住所	(〒      —      )	金融機関 お届け印
	記 号				番 号						フリガナ		
	7	0	0	0							氏名		
											連絡先TEL(      )	—	

金融機関名	みずほ銀行	支店名			預金種類	口座番号						
		支店				(数字のみ右詰でご記入下さい)						
コード	金融機関番号		店番号			普通						
	0	0	0	1								

支払先	みずほ健康保険組合			みずほ銀行 東京営業部 普通預金							
種別	健康保険料	支 払 方 法			振替日 (休日の場合は翌営業日)						
		1.	単月払			毎月10日					
		2.	半期前納払			3月20日、9月20日					
		3.	一年度前納払			3月20日					

↑  
お申込みの支払方法に○印をお付け下さい。

預金口座振替規定

- 銀行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を指定預金口座から引落のうえ、支払って下さい。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
- 振替日において請求書記載金額が預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、請求書を返却してもさしつかえありません。
- この契約を解除するときは、私から銀行に、書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり収納機関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、銀行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。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。

受付日

資格喪失予定 年 月 日