

《記入例》

記入例を参考に、太枠内をご記入ください。

中野区

国民健康保険料預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書

収加

ダウンロード専用
承認番号 TKD00365

依頼先金融機関 御中

申込日 ● 年 ● 月 ● 日

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--------|--------------|---|----|---|---|----|---|---|---|---|---|---------------------------------|---|
| 世帯主 | 住所 | 中野区中野4-11-19 | | | | | | | | | | 国民健康保険資格確認書（資格情報のお知らせ）に記載の被保険者番号を記入してください。 ※ご不明の場合は空欄のままご提出ください。 | | |
| | 氏名 | 健康 花子 | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 03-3228-5507 | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者番号 | 1 | 4 | - | 1 | 2 | - | 3 | 4 | 5 | 6 | | 還付金を下記の私の口座に振込 | <input checked="" type="checkbox"/> 同意します |
| | 開始時期 | 令和 | ● | 年度 | ▲ | 期 | から | | | | | | <input type="checkbox"/> 同意しません | |

最短で（区役所受付日の）2か月後の月末振替分から開始となります。
※空欄でご提出の場合、最短で開始の手続きをさせていただきます。

（金融機関休業日の場合は）

国民健康保険料の還付金が発生した際、下記の口座に振り込むことに同意される場合は、チェックをつけてください。

どちらか一方を選択してご記入ください。

| | | | | | | | | | | | |
|------|----------|------------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|
| 申込口座 | 金融機関 | ○○ 銀行・信用金庫 △△ 支店 | | | | | | | | | |
| | 金融機関名・支店 | 信用組合・農協 | | | | | | | | | |
| | 預金種目 | ① 普通 2 当座 | | | | | 口座番号(右つめ) | | | | |
| 銀行 | 金融機関コード | 9 9 0 0 | | | | | | | | | |
| | 番号(右つめ) | ※ | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 口座名義 | 約定を確認のうえ、私名義の預貯金口座から振替納付（自動払込）することに同意します。 | 届出印 ※ | | | | | | | | | |
| | フリガナ | ケンコウ ハナコ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 健康 花子 | | | | | | | | | |

※のさ座を印鑑
必要インを
合には（ゆ
に届出を入
り出たを
ますし合
す。登銀は
録行だ、口

ゆうちょ銀行をご指定の方は、通帳等に記載の「記号」「番号」をご記入ください。

指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

- この契約を解約するときは、私から貴店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請求がない等相当の事由があるときは、特に申出をしないかぎり、貴店はこの契約が終了したものと取り扱ってさしつかえありません。この場合、私への通知は不要です。
- この契約について仮に疑義が生じて、貴店の責めによる場合を除き、貴店には迷惑をかけません。
- この口座振替について、領収書は請求しません。

| | | | | | | |
|--------|---------------------|------------|----|----|---------|-----|
| 銀行等使用欄 | 上記届出について承諾します。 | 不備返却事由 | | 検印 | 取扱店日附印欄 | |
| | 年 月 日 | 1. 預金取引なし | | | | 印照合 |
| | 特別区公金収納取扱店 | 2. 記載事由等相違 | | | | |
| 所在地 | (店名 預金種目 口座番号 口座名義) | | 受付 | | | |
| 店舗名 | 3. 印鑑相違 | | | | | |
| | 4. その他() | | | | | |

| | | | | | |
|------|----|----|----|--|----------------|
| 区使用欄 | 受付 | 入力 | 確認 | 【不備返却先・連絡先】 中野区 保険医療課 国保収納係 〒164-8501 東京都中野区中野4-11-19 電話 03-3228-5507 | 契約種別コード 28 |
| | | | | | 払込先口座番号 |
| | | | | | 00170-6-960274 |
| | | | | | 払込先加入者名 |
| | | | | 中野区会計管理者 | |

この申込書は中野区役所提出専用です。この申込書では直接金融機関へお申込みすることはできません。