

年 月 日

長崎県保険医協会会費 口座振替依頼書

_____銀行_____支店御中

住 所

依頼人

氏 名 _____㊞

(銀行取引使用印)

長崎県保険医協会会費を銀行口座で払うことといたしますので、下記により依頼いたします。

記

1. 長崎県保険医協会に支払うべき、私の会費について、私に通知しないで所定の期日までに、末尾記載の指定預金口座から保険医協会所定の金額を払い出し、長崎県保険医協会口座に振りこんで下さい。
2. 預金の引落しにあたっては、当座勘定、又は、普通預金の規定にかかわらず小切手の振出または預金通帳および普通預金払戻請求書の提出はいたしません。
3. 預金口座の残高が振替日において請求書の金額に満たないときは、私に通知することなく、請求書を返却されてもさしつかえありません。
4. この取扱いについて仮りに紛議が生じても貴行に迷惑をかけません。
5. 長崎県保険医協会が、本書の金融機関項目の記載内容を、会費の収納管理・会員情報管理などに使用することを、口座名義人は同意しています。

指定預金 口 座	預金科目	口座番号	氏 名	指定預金口座 お 届 け 印
	当座・普通			

(注) 会費は毎年3ヶ月ごとに1月、4月、7月、10月の各7日に引去ります。