

会費及びグループ生命保険料 預金口座振替依頼書

※記入例

鹿児島県保険医協会 御中

会費等の収納管理にあたり、貴会の『個人情報の取扱い方針』に記載された利用目的やその他の内容、および本紙記載事項について、口座名義人を含め同意しております。

| 金融機関名 | 金融機関コード |
|-----------|---------|
| 鹿児島銀行 | 0185 |
| 南日本銀行 | 0594 |
| 鹿児島相互信用金庫 | 1991 |
| 奄美大島信用金庫 | 1993 |
| 鹿児島信用金庫 | 1990 |

※太枠内にご入力、該当の選択、または押印をお願いいたします。

| | |
|------|-----------|
| ご記入日 | 2023年4月5日 |
|------|-----------|

| | | | |
|-------|-----------|--------|----|
| 収納団体名 | 鹿児島県保険医協会 | 料金等の種類 | 会費 |
|-------|-----------|--------|----|

| | | |
|----------------|---------|-----------|
| 金融機関名(金融機関コード) | 支店・出張所名 | 支店・出張所コード |
| 鹿児島銀行(185) | ●●支店 | |

| | | |
|----|---------------|---------------|
| 種目 | 口座番号(右詰め) | 振替開始月 |
| 普通 | 0 1 4 9 * * * | 2023 年 5月 分より |

金融機関確認印

※会費は2・5・8・11月の21日、グループ生命保険料は毎月21日振替

| | | |
|-------|--------|--------------------------------|
| 口座名義人 | 住所 | 〒 890 - 0050 TEL 099-254-8662 |
| | (フリガナ) | イリョウハウジンホケンイカイ リジチョウ ホケンイ イチロウ |
| | お名前 | 医療法人保険医会 理事長 保険医 一郎 |

※口座名義人と異なる場合、または医療機関用の口座をご指定されている場合にご入力下さい

| | |
|-------|--------|
| 会員お名前 | 保険医 一郎 |
|-------|--------|

金融機関
お届け印

医療法人保
 険医会理事
 長之印

- (ご記入に当たってのお願い)**
- 太線枠内の該当箇所をご入力下さい。
 - 「金融機関お届け印」は2枚ともご押印下さい。
 - 口座番号は右ヅメでご入力下さい。
 - 訂正される場合は、必ず金融機関お届け印で訂正印をご押印下さい。
 - ホームページに掲載している『個人情報の取扱い方針』と『重要事項 鹿児島県保険医協会 入退会・会費等の取扱い』をよくお読み下さい。

(保険医協会使用欄)

(保険医協会用)