

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)	イリョウホ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	
--------------	--

(ご記入に当たってのお願い)

1. 太線枠内の該当箇所をご入力下さい。
2. 「金融機関お届け印」は2枚ともご押印下さい。
3. 口座番号は右ツメでご入力下さい。
4. 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。
5. 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)