

**記載例**

※ 赤字は必須項目ですので、全て記入してください。

下記金融機関御中 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収) (印) 記入日 平成27年 6月 15日

私が納付する次の保険料を下記預貯金口座から、つきのおり口座振替(自動払込)により支払うこととしたいので依頼します。

1	介護保険料	(市役所処理欄)	郵便局除く (直方)
2	後期高齢者医療保険料		

フリガナも忘れずに。

納付義務者	住所	〒822-8501 直方市殿町7番1号		フリガナ	ノオカタ タロウ	金融機関届出印
	氏名	直方 太郎	電話番号 (0949) 25-2116	口座名義人	直方 太郎	(直方)

① 預金口座振替

金融機関名	直方 (銀行入金庫 農業協同組合)		殿町 (本店) (支店) (出張所)
預金種目	普通 (当座)	口座番号	1 2 3 4 5 6 7

金融機関 記入しないでください

② 郵便局自動払込

種目コード	契約種別コード	記号	番号 (右詰で記入してください)	金融機関使用欄	振替希望月
1 6 6 2 8 1			0 の		7 月末より振替希望

振込先 介護後期 01760-1-960675 振込先加入者氏名 福岡県直方市

金融機関使用欄

振替(払込)日 各納期の末日 (12月は25日) (土曜、日曜、祝日の場合は翌営業日)

提出する月の翌月以降を記入してください。※希望月以前の納期分は納付書で納付してください。

※ 金融機関使用欄 (お願い)  
預金口座振替依頼書 (自動払込利用申込書) に不備がありましたら、下記の該当箇所に○印をつけて市役所保険課宛 (裏面受取人) にご返送ください。

1 口座番号相違 2 印鑑相違 3 名義人相違 4 種目相違  
5 預貯金口座なし 6 印鑑不鮮明 7 支店相違 8 その他

記載例を参考に、青色の枠内に記入していただき、印鑑(金融機関届出印)を鮮明にご押印の上、ご郵送ください。(キリトリは不要です。)

郵送先 〒822-8501 直方市殿町7番1号 保険課介護保険係 (電話:0949-25-2116)  
ご持参される場合は、市役所1階7番窓口へお持ちください。

下記金融機関御中 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収) (印) 記入日 平成 年 月 日

私が納付する次の保険料を下記預貯金口座から、つきのおり口座振替(自動払込)により支払うこととしたいので依頼します。

1	介護保険料	(市役所処理欄)	郵便局除く (捺印)
2	後期高齢者医療保険料		

申し込み保険料の番号を○で囲んでください。

納付義務者	住所	〒 -		フリガナ		金融機関届出印
	氏名		電話番号 ( ) -	口座名義人		(捺印)

① 預金口座振替

金融機関名	(銀行入金庫 農業協同組合)		(本店) (支店) (出張所)
預金種目	普通 (当座)	口座番号	

金融機関 記入しないでください

② 郵便局自動払込

種目コード	契約種別コード	記号	番号 (右詰で記入してください)	金融機関使用欄	振替希望月
1 6 6 2 8 1			0 の		月末より振替希望

振込先 介護後期 01760-1-960675 振込先加入者氏名 福岡県直方市

金融機関使用欄

振替(払込)日 各納期の末日 (12月は25日) (土曜、日曜、祝日の場合は翌営業日)

※ 金融機関使用欄 (お願い)  
預金口座振替依頼書 (自動払込利用申込書) に不備がありましたら、下記の該当箇所に○印をつけて市役所保険課宛 (裏面受取人) にご返送ください。

1 口座番号相違 2 印鑑相違 3 名義人相違 4 種目相違  
5 預貯金口座なし 6 印鑑不鮮明 7 支店相違 8 その他