

任意継続被保険者
保険料預金口座振替依頼書

令和 年 月 日

銀行
支店 御中保険証番号 —
住所
氏名

東京都ニッパ健康保険組合に毎月納付する健康保険料・介護保険料を預金口座振替で納付することにいたしたいので、下記のとおり依頼します。

記

1. 指定預金口座

銀行名	支店名	種類	口座番号	預金口座名義	届出印
		当・普		フリガナ	

2. 振替日

毎月10日 (当日が休日のときはその翌日)

3. 振替開始日

令和 年 月 日から

4. 支払手続きについて

支払手続きについては、当座勘定約定または、預金規定にかかわらず、当座小切手の振出または預金規定および、預金払戻し請求書の提出など、一切省略して下さい。

5. 指定預金残高について

指定預金残高が、振替日に納入告知書の金額に満たないときは、当該納入告知書を、健保組合に返却されても、異議はありません。

6. この取扱いについて

この取扱いについて、紛議が生じても貴行には、迷惑はかけません。

7. 取扱銀行

・みずほ銀行 ・三菱UFJ銀行 ・三井住友銀行 ・きらぼし銀行
・りそな銀行 ・千葉銀行

8. 取りまとめ銀行

・みずほ銀行 (本所支店) ・三菱UFJ銀行 (本所支店)
・三井住友銀行 (錦糸町支店) ・きらぼし銀行 (錦糸町支店)
・りそな銀行 (浅草支店) ・千葉銀行 (錦糸町支店)

決裁 伺	常務理事	事務長	業務部長	総務課長	業務係長	収納係

任意継続被保険者
保険料納入告知書送付(変更)依頼書

令和 年 月 日

東京都ニッパ健康保険組合理事長 殿

保険証番号 —
住所
氏名

健康保険料・介護保険料を預金口座振替納付することについて、金融機関の承諾を得ましたので、令和 年 月分以降納入告知書を下記のとおり送付して下さい。

記

1. 納入告知書送付先

銀行所在地

※ 銀行名称 銀行 支店

2. 銀行承諾印

Ⓜ

3. 指定預金口座

銀行名	支店名	種類	口座番号	預金口座名義
		当・普		フリガナ

4. 振替日

毎月10日 (当日が休日のときはその翌日)

5. 取扱銀行

・みずほ銀行 ・三菱UFJ銀行 ・三井住友銀行 ・きらぼし銀行
・りそな銀行 ・千葉銀行

6. 取りまとめ銀行

・みずほ銀行 (本所支店) ・三菱UFJ銀行 (本所支店)
・三井住友銀行 (錦糸町支店) ・きらぼし銀行 (錦糸町支店)
・りそな銀行 (浅草支店) ・千葉銀行 (錦糸町支店)

※2の欄は、取扱銀行各支店へ用紙を持参し、承諾印をもらって下さい。