

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 ー

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 ー

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。