

保険料預金口座振替依頼書

令和 年 月 日

銀行
支店 御中告知番号
事業所所在地
事業所名称
事業主名

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

毎月末日（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

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

告知番号
事業所所在地
事業所名称
事業主名

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

毎月末日（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。