

組 合 員 各 位

神奈川県医師国民健康保険組合

TEL 045-231-2685

口座振替依頼書(念書)について

いつもお世話になっております。

保険料の引落口座を新規登録、または変更される場合は、口座振替依頼書(念書)の
切取線より上を記入・捺印いただき、切り取らずに医師国保までご返送ください。

⑨ 金融機関での手続きは必要ありません。

なお、保険料の引落口座は、下記指定金融機関よりお選びください。

●印鑑レス口座をご指定の場合、切取線下の【☐ 印鑑レス口座】のチェック欄に☒
を入れてください。また、金融機関から本人確認のご連絡がありますので、ご対応を
お願いいたします。

※ 新口座から引落しが開始されるのは、口座振替依頼書が医師国保に到着した月
の翌月からとなります。

記

- | | |
|-----------------|---------------|
| ■ 神奈川県医師信用組合 | ■ み ず ほ 銀 行 |
| ■ 三 菱 U F J 銀 行 | ■ 三 井 住 友 銀 行 |
| ■ 横 浜 銀 行 | ■ り そ な 銀 行 |
| ■ ス ル ガ 銀 行 | ■ 群 馬 銀 行 |
| ■ 川 崎 信 用 金 庫 | ■ 湘 南 信 用 金 庫 |

※以下の金融機関でも取り扱いできる支店がございますので、詳細は医師国保までお問合せください。

- | | |
|------------|-----------|
| ■ かながわ信用金庫 | ■ さがみ信用金庫 |
|------------|-----------|

口座振替依頼書記入例

口座振替依頼書

(銀行用)

(念書)

私儀 今般神奈川県医師国民健康保険組合に加入いたしましたので私より同組合へ支払う保険料を毎月下記方法により同組合へ払込みの手続きをご依頼いたします。なお 本件に関し将来如何なる事故が生じましても貴行には一切迷惑損害をかけません。



記

- 貴行は普通預金規程第 項にかかわらず、毎月普通預金通帳並びに同払戻請求書なしに私名義預金口座番号 (普通 当座 1 2 3 4 5 6 7) より神奈川県医師国民健康保険組合発行の納入依頼書記載金額を差落し貴行 支店における神奈川県医師国民健康保険組合名義の普通預金口座に振込む。
- 本取扱については後日遅滞なく普通預金通帳を提出する。

①銀行届出印をご捺印ください。
(印鑑レス口座の場合は、口座名義の箇所に認め印をご捺印ください。)

②印鑑レス口座の場合は、☒を入れてください。

③口座名義はクリニック名や役職名等が入る場合は省略なくご記入ください。

令和 ● 年 × 月 ▲ 日
〒 231-0037
住 所 神奈川県横浜市中区富士見町 3-1
神奈川県総合医療会館 4 階

③ ふりがな 医師 太郎
口 座 名 義



神奈川県医師信用組合 銀行

本店 支店 御中

(注意) 印鑑は必ず銀行届出印を使用してください。
必要事項を記入捺印して頂き、直接医師国保へご送付ください。
金融機関での手続きは必要ありません。
印鑑レス口座の場合は認め印を捺印の上、切取線下の欄にレ点を入れてください。

(切 取 線)

口座振替受領書 (念書)

② ☒ 印鑑レス口座
(印鑑レス口座の場合は☒してください)

神奈川県医師国民健康保険組合保険料振込に関する口座振替依頼書正に受取りました。

令和 年 月 日 払込開始 令和 年 月 日

④

3 1 -

預金口座番号

(普通・当座)

様

銀行名

(注意) 本受領書は医師国保組合へご送付ください。

〒231-0037 横浜市中区富士見町 3 番 1 神奈川県医師国民健康保険組合
神奈川県総合医療会館4階 電話 045(231) 2685

④ 同一法人等で口座を統一される場合、口座名義だけでは個人が断定出来ない為、該当者の被保険者証の番号をご記入ください。

口座振替依頼書

(銀行用)

(念書)

私儀 今般神奈川県医師国民健康保険組合に加入いたしましたので私より同組合へ
支払う保険料を毎月下記方法により同組合へ払込みの手続きをご依頼いたします。
なお 本件に関し将来如何なる事故が生じましても貴行には一切迷惑損害をかけま
せん。

記

捨印

捨印

- 貴行は普通預金規程第 項にかかわらず、毎月普通預金通帳並びに同
払戻請求書なしに私名義預金口座番号(普通・当座)より神奈川県医師国民健康保険組合発行の納入依頼書記載金額を差落し
貴行 支店における神奈川県医師国民健康保険組合名義の
普通預金口座に振込む。
- 本取扱については後日遅滞なく普通預金通帳を提出する。

令和 年 月 日
〒

住 所

ふりがな
口座名義

印

銀行

支店御中

(注意) 印鑑は必ず銀行届出印を使用してください。
必要事項を記入捺印して頂き、直接医師国保へご送付ください。
金融機関での手続きは必要ありません。
印鑑レス口座の場合は認印を捺印の上、切取線下の欄にレ点を入
れてください。

(切取線)

口座振替受領書(念書)

口座印鑑レス口座

(印鑑レス口座の場合は☑してください)

神奈川県医師国民健康保険組合保険料振込に関する口座振替依頼書正に受取りました。

令和 年 月 日 払込開始 令和 年 月 日

31-

預金口座番号

(普通・当座)

様

銀行名

(注意) 本受領書は医師国保組合へご送付ください。