

受付日

銀

行 検

係

用 印

印

口 座 振 替 依 頼 書

栃木県保険医協会 御中

保険医協会の入会申込にあたり、この口座振替依頼書に記載した個人情報の取扱いについて、通知・配布された説明資料等の内容を、加入者（口座名義人）は承知し、同意します。

年 月 日

株式会社

銀行 金融機関コード

支店 殿 支店コード

フリガナ

預金者

（預金通帳のお名前を

必ずご記入下さい）

（銀行取引の印）

栃木県保険医協会の会費を銀行口座振替で支払う事にいたしましたので、下記事項約定のうえ依頼します。

記

1. 栃木県保険医協会から会費徴収依頼書（振替請求書）記載の金額を、私名義預金口座（普通・当座 口座番号 ）より預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出を要せず、3月、6月、9月、12月の所定日毎に引き落としの上 銀行 の同協会名義預金口座に振り込む事。
2. 前項の所定日は各月20日とする。
3. この取扱いについて生じた事故については、私が責任を負う事。以上