

保険料口座振替の手続きについて

「預金口座振替依頼書」の太枠内必要事項をご記入、銀行届出印を押印のうえ、振替口座の確認ができる「通帳の写し等」を添付して健保にご送付ください。

記入例

預金口座振替依頼書
自動払込利用申込書 (取)(加)

年 月 日

御中

私は、下記の収納代行会社から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替 規定を締約のうえ依頼します。

収納代行会社	りそな決済サービス株式会社 (略称:RKS) <旧 大和ファクター・リース株>	どちらか一つをご指定ください。
--------	--	-----------------

金融機関(ゆうちょ銀行を除く)				ゆうちょ銀行			
金融機関コード	支店コード	種目コード	契約種別コード	払込先加入者名	りそな決済サービス株式会社		
〇〇	△△	166	30	払込先	00110-6-144689		
<input checked="" type="checkbox"/> 普通(総合口座含) <input type="checkbox"/> 当座		口座番号(右からつめてご記入ください)		口座番号は右詰めでご記入ください			
フリガナ		ケン		ポ タ ロー			
口座名義人				お届け印			
健 保 太 郎				銀行届出印			

太枠内を記入してください

金融機関(ゆうちょ銀行を除く)の場合は、
銀行名・支店名・預金種目・口座番号・口座番号をご記入ください

ゆうちょ銀行の場合は、
通帳の記号・番号をご記入ください

口座名義人は被保険者ご本人となります

ネット銀行等でお届け印の登録がない場合は、斜線を引いてください

【ご留意点】

- ※ 記載漏れ、記載誤り、銀行届出印の誤りがありますと手続きが完了できませんのでご注意ください。この用紙の訂正には、銀行届出印での訂正が必要です。
- ※ 口座振替の開始月は「保険料通知書」にてご案内いたします。手続き完了までは払込取扱票による振込みとなります。(初回引落とし開始まで2~3ヵ月要します)
- ※ 保険料の口座振替は毎月3日、前納一括払いは、3月・9月(半年)の指定日となります。振替日が金融機関の休業日の場合は翌営業日となります。