天理市国民健康保険料　ペイジー口座振替受付サービス申込書

令和　　年　　月　　日

私は、天理市に納付すべき国民健康保険料について下記事項を確約のうえ、

金融機関のキャッシュカードで口座振替の申込みを依頼します。（同意のうえ☑）

　申　請　者　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）

　口座名義人（カタカナ）

　納付義務者　　住所

　（世帯主）

　　　　　　　　氏名

※収納機関処理欄

　　　　　　銀行　　　　　　本支店　　普通・当座　　口座番号

郵便局　　　　通帳記号　　　　　　　　　　通帳番号

　　世帯番号　　　　　　　　　　　　　　　振替開始月　令和　　　年　　　月　から

レシート貼付

振替（払込）日

　振替（払込）日は納付月の月末日です。ただし、当日が休業日にあたる

ときは翌営業日となります。また、12月は28日となり、閉庁日にあたる

ときは前日または前々日となります。

確約事項

(1)私が支払うべき上記保険料について、貴行（店）・局に納付書が送付さ

れたときは、私に通知することなく納付書に記載された金額を振替（払込）

日に預貯金口座から引落としのうえ支払ってください。

(2)預貯金の払出し手続きについては、当座勘定規定または預貯金規定にか

かわらず、私が行うべき当座小切手の振出し、または預貯金通帳及び預

金払戻請求書の提出などいたしませんので貴行（店）・局において所定の

方法で処理してください。

(3)指定預貯金口座の残高が振替(払込)日において納付書の金額に満たな

いときは、私に通知することなく納付書を返却されても異議ありません。

(4)振替不能となった場合には、自主納付にかえられても異議ありません。

(5)この口座振替（払込）契約を解約及び変更する場合には、私から保険

医療課に連絡し所定の手続きを行います。

(6)この依頼は私が口座振替（払込）解約・変更届を提出した場合及び指

　定預貯金口座を解約した場合を除き翌年度以降も有効として継続してく

ださい。

(7)長期間にわたり請求がない等相当の理由があるときは、この契約が終了

したものとして取扱うことに異議ありません。

(8)この取扱いについて、仮に紛議が生じても貴行（店）・局の責によるも

のを除き、貴行（店）・局にはご迷惑をかけません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受付印）

|  |  |
| --- | --- |
| 窓口 | 入力 |
|  |  |