預金勘定引落依頼書

株式会社　　銀行　　店 あて

年　月　日

高知県医師会に対する特定健康診査の契約事務等手数料の納付については貴行を経由して払込むことにいたしましたから、その払込請求金額を下記預金口座から引落しのうえ払込みに充ててください。

預金口座	フリガナ		銀行届出印	銀行　店
	名義人			
	住所	〒　—	預金種目	1. 普通　2. 当座
			口座番号	

依頼人	フリガナ		印
	氏名		
	住所	〒　—	

＜預金勘定引落規定＞

1. 銀行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
2. 振替日において請求金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
3. この契約を解約するときは、私から銀行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり医師会から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、銀行はこの契約が終了したものとして取扱ってさしつかえありません。
4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。

(銀行使用欄)

＜不備返却事由＞

1. 預金取引なし
2. 記載事項等相違 (店名、預金種目、口座番号、口座名義)
3. 印鑑相違
4. その他 (　　)

検　印		印鑑照合	受　付