

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|------|-----|-----|
|      |     |     |

## 健康保険 保険料納入告知書送付( 新規・変更 )依頼書

兵庫県建築健康保険組合 御中

年 月 日

|         |
|---------|
| 金融機関確認印 |
|         |

事業所記号

事業所所在地

フリガナ  
事業所名称

代表者氏名

印

(金融機関へのお届け印)

私は下記により健康保険料を口座振替によって納付したいので、保険料額等必要な事項を記載した  
納入告知書は、指定の金融機関宛送付してください。

## 記

## 1 指定預金口座等

|       | 開始・変更 年月             |       | 口座番号 |  |  |  |  |  |
|-------|----------------------|-------|------|--|--|--|--|--|
| 新規・変更 | 年 月分保険料から<br>振替は翌月末日 | 普通・当座 |      |  |  |  |  |  |

口座番号は右づめで記入し、残りは0でうめてください。

## 2 納入告知書送付先

|      |     |            |
|------|-----|------------|
| 金融機関 | 所在地 | 〒          |
|      | 名称  | 銀行・信用金庫 支店 |

3 対象保険料 健康保険料・調整保険料・介護保険料

4 振替納付指定日 納期の最終日(休日の場合は翌営業日)

5 振替開始 年 月分保険料( 年 月 日納付分)から

(注) 納入告知書送付先、指定預金口座等を変更する時は、直ちにこの用紙によって連絡してください。

(注) ゆうちょ銀行やインターネット専業銀行等 一部取扱いできない金融機関があります。

健康保険 保険料預金口座振替依頼書

年 月 日

銀行・信用金庫 支店 御中

事業所記号

事業所所在地

フリガナ  
事業所名称

代表者氏名



(金融機関へのお届け印)

私は次により健康保険料を口座振替によって納付したいので、下記の事項を確約のうえ依頼します。

指定預金口座

| 口座番号  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |

記

- 1 健康保険組合から私名義の納入告知書が貴行(金庫・組合)に送付された時は、私に通知することなく、納入告知書記載金額を私名義の預金口座から引落しのうえ納付してください。この場合、預金規定または当座預金規定に関わらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振り出しはしません。
- 2 振替日において納入告知書記載金額が預金口座から払い戻すことのできる金額を超える時は、私に通知することなく、納入告知書を返却しても差し支えありません。
- 3 預金口座から支払ったことの私への通知は必要ありません。領収書は貴行の適宜の方法により私にお渡しください。
- 4 この預金口座振替について仮に紛議が生じても、貴行(金庫・組合)の責めによる場合を除き、貴行(金庫・組合)には迷惑をかけません。

- 1 対象保険料 健康保険料・調整保険料・介護保険料
- 2 振替納付指定日 納期の最終日(休日の場合は翌営業日)
- 3 振替開始 年 月分保険料( 年 月 日納付分)から

収納企業名

神戸市西区美賀多台1-1-2  
兵庫県建築健康保険組合  
TEL 078-997-2311

【事業主用】

健康保険 保険料納入告知書送付( 新規・変更 )依頼書(控)  
兼 健康保険 保険料預金口座振替依頼書(控)

年 月 日

事業所記号

事業所所在地

フリガナ

事業所名称

代表者氏名

印

(金融機関へのお届け印)

指定預金口座

口座番号

普通・当座

1 預金口座振替に関する約定

記

- 健康保険組合から私名義の納入告知書が貴行(金庫・組合)に送付された時は、私に通知することなく、納入告知書記載金額を私名義の預金口座から引落しのうえ納付してください。この場合、預金規定または当座預金規定に関わらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振り出しはしません。
- 振替日において納入告知書記載金額が預金口座から払い戻すことのできる金額を超える時は、私に通知することなく、納入告知書を返却しても差し支えありません。
- 預金口座から支払ったことの私への通知は必要ありません。領収書は貴行の適宜の方法により私にお渡しください。
- この預金口座振替について仮に紛議が生じても、貴行(金庫・組合)の責めによる場合を除き、貴行(金庫・組合)には迷惑をかけません。

2 納入告知書送付先

|      |     |            |
|------|-----|------------|
| 金融機関 | 所在地 | 〒          |
|      | 名称  | 銀行・信用金庫 支店 |

3 対象保険料 健康保険料・調整保険料・介護保険料

4 振替納付指定日 納期の最終日(休日の場合は翌営業日)

5 振替開始 年 月分保険料( 年 月 日納付分)から

(注) 納入告知書送付先、指定預金口座等を変更する時は、健康保険納入告知書送付(変更)依頼書によりお届けください。

(注) ゆうちょ銀行やインターネット専業銀行等 一部取扱いできない金融機関があります。