

口座振替による支払申出書 (債権者登録入力票)

平成 年 月 日

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

〈申請者・・・委任代理人がある場合は受任者〉

住 所

商号又は名称

役職及び氏名

⑩

指 定 口 座	金融機関	銀行 金庫 組合	支 店 出張所	
		預 金 種 別 (番号に○印)	口 座 番 号 (右づめで記入)	
		1 普通・総合 2 当座		
	口座名義人	(フリガナ)		
		(名 称)		

【前金払用口座】 ※該当する場合のみ記入してください

指 定 口 座	金融機関	銀行 金庫 組合	支 店 出張所	
		預 金 種 別 (番号に○印)	口 座 番 号 (右づめで記入)	
		1 普通・総合 2 当座		
	口座名義人	(フリガナ)		
		(名 称)		

大分県後期高齢者医療広域連合使用欄 (記入不要)

区分	債 権 者 番 号	取扱課確認欄	会計担当確認欄	備 考

※記入上の注意

- 太枠の中のみ記入してください
- 預金種別は該当する番号を○で囲んでください
- 口座番号は右づめで記入してください

この支払申出書に記入した預金通帳の表紙のコピーを必ず添付して提出してください