

銀行 御中  
信用金庫

年 月 日

私は、下記の収納企業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確約のうえ依頼します。

収納企業名	独立行政法人 福祉医療機構	委託者コード					

◆ 下記 ※1と※2の太枠の箇所をご記入ください。

★ 借入者(法人又は個人)名義の預金口座をご記入ください。

(左づめで記入し、濁点、半濁点は1字分に扱ってください。個人名義の場合、姓と名の間は1字空けてください。)

※1 預金口座	フリガナ	フク ) ○ ○ ○ ○ カイリ シ ` チョウ フク シ タ ロ ウ														
	預金者名	社会福祉法人 ○○会 理事長 福祉 太郎										金融機関 お届け印				
	金融機関支店名	× × ×			銀行	× ×			支店	預金種目 (どちらか 方○印)	口座番号 (数字のみを右づめでご記入ください)					
	コード	金融機関番号				店番号			④	① 普通	0	1	2	3	4	5

＜記載上の留意点＞

複写式用紙の太枠内※1と※2についてもれなく記入し、4枚目のお客様控えを切り離して機構までご提出ください。記入を誤った場合は、二重線で訂正後、金融機関お届け印による訂正印を押してください。

- フリガナ**  
枠内に書ききれない場合は、枠外に最後まで記入してください。法人格は省略して記入してください。  
例: シャカイフクシホウジン→フク)、イリヨウホウジン→イ)、カブシキガイシャ→カ)、ゴウドウガイシャ→ド)、 IPPANSHADANHOJIN→シャ)
- 預金者名**  
銀行届出の口座名義を正確にご記入ください。金融機関によっては、通帳に肩書・代表者を印字していないケースがあります。  
※肩書き・代表者の記入漏れで不備となるケースが多く見受けられるため、ご注意ください。
- 金融機関名・支店名**  
別紙「取扱金融機関一覧」をご確認のうえ、預金口座振替対象の金融機関名を記入し、銀行・信用金庫のどちらか該当する方に○印を付けてください。また、支店名・コードも併せてご記入ください。
- 預金種目**  
預金通帳をご確認のうえ、どちらか該当する方に○印を付けてください。
- 金融機関お届け印**  
金融機関に届出ている印を、1枚目に押印してください。不鮮明な場合、二重線で訂正し、重ならないよう余白に押印してください。
- 住所**  
不備等があった場合の返送書類の送付先住所と宛先(法人本部・施設・その他)をご記入ください。
- 貸付番号**  
口座振替を設定する貸付の貸付番号(9桁)を記入してください。なお、/以下は記入不要です。
- 連絡先**  
記載内容についてご連絡させていただく場合があるため、事務担当者・連絡先電話番号を記入してください。

＜お客様記入欄＞

※2 貸付番号	法人(又は個人)住所	〒 105 - 8486 東京都港区虎ノ門4-3-13 社会福祉法人○○会 法人本部												
	⑦	①	2	0	×	×	1	0	0	0	0	⑧	この件に関する連絡先 担当者: 医療 花子	
		②											TEL: 03-3438-9944	
		③												
		④												
		⑤												