|  |  |
| --- | --- |
| 一般社団法人電子版かかりつけ連携手帳推進協議会（以下「甲」という。）重度心身障害者医療費 | 預金口座振替依頼書預金口座振込申込書 |

株式会社山梨中央銀行　御中

一般社団法人電子版かかりつけ連携手帳推進協議会　御中

私は、重度心身障害者医療費決済アプリで決済した医療費について、私名義の下記預金口座から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上、依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |

 |
| 連絡先 | 自　　宅：　　　　－　　　　　－携帯電話：　　　　－　　　　　－ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 預金口座 | フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 金融機関届出印 |
| 口座名義 |  |  |
| 銀行・支店名 | 山梨中央銀行　・　（　　　　　　　　　　）支店 |
| 預金種目 | １．普通　　　　２．当座 |
| 口座番号（右づめで記入） |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 振替日 | 甲の指定する日 |

|  |
| --- |
| － 預金口座振替規定（金融機関あて） － |
| 1. 金融機関に甲から請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引き落としの上、支払ってください。この場合、預金規定又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又は小切手の振り出しはしません。
2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払い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差し支えありません。
3. この契約を解約するときは、私から金融機関及び甲へ書面により届け出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり甲から請求がない等相当の事由があるときは、特に申出をしない限り、金融機関はこの契約が終了したものとして取り扱って差し支えありません。
4. この預金口座振替について、仮に紛議が生じても、金融機関の責めによる場合を除き、金融機関には迷惑をかけません。
5. 領収書は、預金通帳への記帳により省略されて差し支えありません。
 |  | 金融機関使用欄 | （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）1. 印鑑相違
2. その他

（　　　　　　　　　）（備　考） | 検印 |  |
| 印鑑照合 |  |
| 受付印 |  |

受給者　→　協議会　→　銀行　→　協議会（写）