

Automatic remittance application

自動払込利用申込書 (収 加)

※郵便局への提出は健保が行います。

*The Health Insurance Society will submit the required documents to the post office.

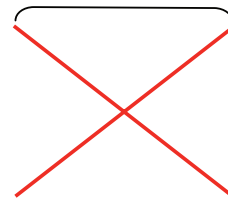
種目コード	契約種別コード	Passbook symbol 通帳記号	Passbook no. 通帳番号
1 6 6	2 8	3 3 3 3 3 - / /	1 2 3 4 5 6 7 8
(フリガナ) おところ	(〒〇〇〇-××××) Address with Post code and Furigana letter 〇〇県××市△△1-1-1		
(フリガナ) おなまえ	スズキ 鈴木	タロウ 太郎	印鑑 鈴木
払込先 口座番号	00140-2-145315	払込先 加入者名	ソニー健康保険組合
払込 開始月	平成 年 月	払込日	5日 [土曜・日曜・祝日 の場合は翌営業日]
契約者 住所氏名	鈴木 太郎 Name and address of Contractor		鈴木

Affix the seal registered to your postal savings account

※ご注意1. 「印鑑」欄には、郵便貯金にお届けの印章を押印ください。

「契約者住所氏名」欄は、契約者と預金者が異なる場合にご記入ください。

受付局日付印



《郵便局のご担当の方へお願い》

自動払込利用申込書不備の場合、下記該当箇所欄に○印をつけてご返送ください。

1	届出印相違	5	住所相違
2	通帳番号相違	6	通帳解約
3	該当口座ナシ	7	その他
4	名義人相違		

ご返送先

〒141-0001
東京都品川区北品川6-7-35
ソニー健康保険組合 宛

6 0 0 -