

令和 年 月 日

銀行
信用金庫 御中
信用組合

預金口座振替依頼書

私は、大阪府医師信用組合が、指定した日（大阪府社会保険診療報酬入金日）に、大阪府医師信用組合から貴行に請求のあった金額を私名義の下記口座から、口座振替によりお支払いくださるよう依頼いたします。

本件払出しに関しては、預金取引規定にかかわらず、当座小切手の振出し、普通預金請求書の提出等の手続きを致しませんので、貴行で適宜取扱いをお願い致します。

尚、この取扱いについて、仮に紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行にはご迷惑をかけません。

		銀行 信用金庫 信用組合				支店
預金種目	普通・当座	口座番号(右づめ)				
フリガナ					お届け印	
口座名義人 (法人口座の場合) 代表者名必須						
住所	〒 -					

- ※ 銀行にお届けのご住所をご記入ください。
- ※ 銀行にお届けのご印鑑を鮮明にご捺印ください。
- ※ 訂正箇所には、必ずお届け印をご捺印ください。(修正ペンでの訂正は無効。)
- ※ 太枠内は全てご記入下さい。

大阪府医師自動車連盟