

大阪市国民健康保険料口座振替(自動払込)保留依頼書

年 月 日

(金融機関) (取りまとめ店)

_____ 御中
 _____ 区コード
 [_____] _____ 区役所窓口サービス課
 (担当者 _____)

下記被保険者の今回口座振替(自動払込)は、引き落としせずに保留してください。
 (振替日 年 月 日)

No.	被保険者証番号	口座名義人	支店 コード	預金 種別	口座番号	保険料額	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							