

大阪市 後期高齢者医療保険料口座振替依頼書
自動払込利用申込書（被保険者保管用）

		申込年月日		年		月		日		
納 付 義 務 者	被 保 険 者 番 号								★★★ ★★★	
	住 所	大阪市 区								
	郵便番号				—			電話番号	—	印かん
	フリガナ									
氏 名										

私（預貯金者）は、大阪市から納付義務者名義の後期高齢者医療保険料納付書等が貴行（店）に送付されたときは、口座振替・自動払込により納付したいので、私に通知することなく次の指定預貯金口座から前記納付書等に記載の金額を払い出して納付してください。

指定預貯金口座・振替（払込）指定日
※ゆうちょ銀行以外の金融機関又はゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。

預 貯 金 者 預 貯 金 口 座	住 所								
	フリガナ								
	氏 名								
	ゆうちょ銀行 以 外 の 金 融 機 関	銀行 信金 労金 支店 信組 農協 出張所							
	種 目	① 普 通 ② 当 座	口 座 番 号						
種目コード	種別コード	通帳記号		通帳番号(右詰で記入)					
ゆうちょ銀行	1 6 6	2 8	1 0 の						
振替(払込)開始年月	年 月 ※お申込みの日から1か月以上後の年月をご記入ください。								
振替(払込)指定日	4～6月を除く各月末日（当日が金融機関の休業日に当たる場合は、翌営業日。また12月期分保険料については、翌年の第一営業日）								

記（ゆうちょ銀行は除く）

1. 預貯金の払出手続きについては、当座勘定または普通預貯金の規定にかかわらず、預貯金口座名義人が行うべき当座小切手の振出または預貯金通帳および払戻請求書の提出などいたしませんから、貴行（店）の所定の方法で処理してください。
2. 指定預貯金口座の残高が、振替指定日において納付金の金額に満たないときには、その旨当方に通知することなく、ただちに納付書を返却されても異議はありません。
3. 口座振替は、常時残高不足等により、貴行（店）または大阪市が必要と認めた場合には解約されても異議はありません。

4. この口座振替を解約する場合には、当方から貴行（店）並びに区役所へ連絡します。

5. この取扱について、万一紛議が生じても貴行（店）の責によるものを除き迷惑をかけません。
- ※ゆうちょ銀行をご指定の場合は、自動払込み規定が適用されます。
- ※口座振替・自動払込の取扱いはゆうちょ銀行を含む大阪市公金収納取扱金融機関に限りです。
- ※お申込み手続きが済みしましたら口座振替・自動払込の手続き完了のお知らせを送付いたします。
- ※大阪市内で住所異動した場合、口座振替・自動払込を継続して行うことができます。
- ※特別徴収（年金からのお支払い）の方法により納付している場合については、普通徴収の方法による保険料の納付義務が生じた場合にのみ、本依頼書・申込書に基づく処理が適用されます。

この用紙（3枚目）は、被保険者保管用です。郵送により申込書を送付される場合は、必要事項を記入、押印後に3枚目をはがして保管し、1枚目、2枚目を封筒に入れ、大阪市（区役所）へ送付してください。

払込先口座番号
00900-5-960001
払込先加入者名
大阪市区計管理者
取扱店日附印

印かんを押印してください。（3枚とも押印箇所があります。）

（被保険者保管用）