

大阪市介護保険料口座振替保留依頼書

年 月 日

(金融機関) (取りまとめ店)

御中

区コード () 区保健福祉センター
保健福祉課 (介護保険)

(担当者 : _____)

下記被保険者の今回口座振替は、引落しせずに保留してください。

(振替日 年 月 日)

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

年 月 日

下記被保険者の今回の自動払込は、引落しせずに保留してください。

振込（振替）指定日	年 月 日
-----------	-------

[illegible]