

決裁	年 月 日			
所長	次長	課長	係長	担当者

健康保険 厚生年金保険 保険料口座振替納付(変更)申出書

平成 年 月 日

社会保険事務所支長 へ
社会保険事務局 事務局長 あて

★口座振替を希望する金融機関へ提出して確認印を受けてください。

金融機関の確認印

事業所所在地 _____
 (フリガナ)
 事業所名称 _____
 (フリガナ)
 代表者氏名 _____ (印)
 (事業所代表者印)
 電話番号 () - _____

※金融機関で確認印を受けて下さい。
尚、2枚目は金融機関へ提出して下さい。

(預貯金口座は、社会保険事務所へお届けの所在地・名称・代表者氏名と口座名義が同一のものを指定してください。)

私は、下記により保険料等を口座振替により納付したいので、保険料額等必要な事項を記載した納入告知書は、指定の金融機関宛送付してください。

記

1. 事業所整理記号・指定預金口座等

事業主記載欄	① 事業所整理記号		② 事業所番号		※③ 金融機関コード		※ 原因	※ 振替(変更)	⑥ 口座番号			送信
	郡市区	記号	(告知番号)		銀行コード	支店コード	④ コード	⑤ 年月分	種目	口 番 号		
							1. 振替 2. 変更		1			
									2			

- 1. 預金種目は、普通預金の場合「1」、当座預金の場合「2」に○を付けてください。
- 2. 口座番号は右づめで記入し、残りは「0」でうめてください。

2. 口座振替を希望する金融機関 (納入告知書送付先)

金融機関	郵便番号	
	フリガナ	
	所在地	
	フリガナ	
	名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫 漁協
		本店 支店 本所 支所

新規適用
年 月 日

3. 対象保険料等 健康保険料、厚生年金保険料および児童手当拠出金

受付日付印

4. 振替納入指定日 納期の最終日 (休日の場合は翌営業日)

5. 振替開始(希望) 平成 年 月分保険料(平成 年 月 日納入分)から

(例) 平成〇年5月分保険料(平成〇年6月30日納入分)から

注) 1. ※欄は記入しないでください。
 2. 口座振替を希望する金融機関、指定預金口座等を変更するときは、直ちにこの用紙によりお届けください。
 3. 提出された時期により、振替開始(希望)月が翌月以降になることがありますのでご了承ください。