

自動払込利用申込書(収)(加)

種目コード	166						契約種別コード	28	
通常貯金口座の	記号	1			0	※	6桁目があるときは※欄に記入		
	番号						右から詰めて記入・8桁に満たないときは頭に「0」を記入		
	フリガナ お名前						口座届出印	※印影が不鮮明なときは余白に再度捺印	
払込先口座番号	00580-9-41040						払込先加入者名	西武健康保険組合	
払込開始月	年 月から						払込日	毎月10日(休業日の場合は翌営業日)	
収納企業住所	〒359-0037 埼玉県所沢市くすのき台1-11-1						収納企業名称	西武健康保険組合	
任意継続記号番号	-						整理番号		
自動払込利用申込書に不備がありましたら、該当箇所に○印をつけ、西武健康保険組合にご返送ください。								取扱店日附印	
1. 印鑑相違 2. 印鑑不鮮明 3. 通帳記号番号相違 4. 氏名相違 5. 口座なし 6. その他()									
【返送先】〒359-0037 埼玉県所沢市くすのき台1-11-1 西武健康保険組合									

※ゆうちょ銀行をご利用の場合は自動払込み規定が適用されます。

健保受付日