

振 込 依 頼 書

ご記入日 令和 年 月 日

熊本県医師信用組合 御中

ご 住 所

口座ご名義 _____ ㊞

お届け印

私名義普通預金口座から、下記指定口座への振込を依頼するについては、普通預金約定に基づく通帳の提出、及び普通預金払戻請求書の発行を行うことなく、貴組合において任意の方法により口座より引落しのうえ処理してください。

なお、振込手数料がかかる場合も同様に取扱いください。

記

1. 信用組合口座

普通預金 口座番号 ()

2. 振込指定口座

振込先銀行名	支 店 名

預金種類	口座番号	口 座 ご 名 義
1. 普通預金		フリガナ
2. 当座預金		

検印	照印	受付