

大分 LCDE 会年会費:定額自動送金について

お手数ではございますが、最寄りの大分銀行にてお手続きをお願いいたします。

見本をご参考にご記入ください。

※ 新規申込み費(1回限り 1,100 円)、自動送金手数料 (110 円)は自費となります。ご了承ください。

【定額自動送金依頼書】

① 各自ご記入ください。

※ 通帳のご住所、お届け印をお願いいたします。

② 新規に○をして下さい。

※ 退会時には、必ず忘れないように解約手続きをして下さい。未解約による入金の払い戻しはいたしませんので、ご了承ください。

※ 解約時は、お振込指定月日の 1週間前までに最寄りの大分銀行にてお手続きください。

③ ご依頼人名…無記入可。

④ お振込指定日…① 毎月 日をご選択いただき、希望のお日にちをご記入ください。

※ 毎月とありますが、⑨ 特定月の希望日にお振込されます。

・お振込指定日が休日の場合…① 前営業日に振込をご選択ください。

⑤ お振込開始年月…2020年3月もしくは4月

※ 未納入年分は、窓口もしくはATM等でお振込みいただき、定額自動送金のお申し込みの際は、開始年月を翌年の3月もしくは4月でお手続きいただきますようお願い申し上げます。

例:2023年度未納の場合

2023年度分は、窓口・ATMにて、自動送金依頼書の開始年月は2024年3月・4月

⑥ お振込終了年月…○未定をご選択ください。

⑦ お振込み金額…2000 円

⑧ お振込み先…大分銀行 本店 普通 5537427

大分県糖尿病療養指導士会 代表 脇 幸子

⑨ 特定月…②お振込されない月…お振込されたい月以外に○をして下さい。

定額自動送金依頼書

株式会社大分銀行 御中

①

ご依頼人 (預金者)	おところ	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		自宅TEL. ()	日付	年	月	日
	おなまえ (口座名義)	フリガナ						引落指定口座 お届け印
	引落指定口座	店番	取引店名	科目	口座番号			
			1. 当座 2. 普通					

②

<input type="radio"/>	新規	私名義の引落指定口座から預金口座振替の方法により振込金額と振込手数料を払出し、指定の受取人へ振込することを、裏面記載事項を確認のうえ依頼します。
<input type="radio"/>	変更	下記お振込内容にて貴行に依頼している定額自動送金の取扱いを次回振込分から変更（または解約）の取扱いをしたいので、下記のとおりお届けします。本件に関し万一紛議が生じたときは、すべて当方において引受け、貴行に対しては何らご迷惑、ご損害をおかけしません。
<input type="radio"/>	解約	

記

③

項目	お振込内容 (変更・解約の場合もご記入ください)	変更後のお振込内容 (変更欄に○表示と変更内容をご記入ください)
ご依頼人名 ※屋号等の略称でお振込される場合にご記入ください。	フリガナ	フリガナ 変更は、婚姻等による名義変更の場合に限ります。

④

お振込 指定日	お振込指定日	① 毎月 日 2. 毎月末日	④お振込指定日は、1.毎月をご選択いただき、希望のお日にちをご記入ください。毎月とありますが、特定月の希望日にお振込されます。
	お振込指定日 が休日の場合	① 前営業日に振込 2. 翌営業日に振込	

⑤

お振込開始年月	(和暦) 年 月	次回振込日	(和暦) 年 月
---------	----------	-------	----------

⑥

お振込終了年月	(和暦) 年 月 <input type="radio"/> 未定	(和暦) 年 月 <input type="radio"/> 未定
---------	-----------------------------------	-----------------------------------

⑦

お振込金額	2 0 0 0 円	円
-------	-----------	---

⑧

お振込先	銀行名	大分 銀行	お振込先は変更できません。解約のうえ新規の手続きをお願いします。
	支店名	本 店	
	科目	1. 当座 ② 普通	
	口座番号	5 5 3 7 4 2 7	

⑨

特定月	お受取人名	フリガナ オオイトケントウニョウビョウリョウヨウシドウシカイダイヒョウキサチ 大分県糖尿病療養指導士会 代表 脇 幸子	変更は、婚姻等による名義変更の場合に限ります。
	①毎月のお振込額と異なる金額でお振込される場合	※年2回までご指定できます	○ 特定月 (①および②) を取りやめます
		月 円	月 円
②お振込されない月 ※該当月に○をしてください。	<input type="radio"/> 1月 <input type="radio"/> 2月 <input type="radio"/> 3月 <input type="radio"/> 4月 <input type="radio"/> 5月 <input type="radio"/> 6月 <input type="radio"/> 7月 <input type="radio"/> 8月 <input type="radio"/> 9月 <input type="radio"/> 10月 <input type="radio"/> 11月 <input type="radio"/> 12月	<input type="radio"/> 特定月 (①または②) を変更される場合は、今後のお振込内容全てをご記入ください。	

銀行使用欄

営業店送付日	次回振込指定日	新規取扱手数料 (税込)		顧客番号	登録番号
年 月 日	年 月 日	受入日	円	検印	印鑑照合
本部受理日	処理日 (オペ)	本部検印	手数料検印	受付	受付店
年 月 日	年 月 日				