

保険料預金口座振替停止依頼書

東京電子機械工業健康保険組合 御中

依頼人 所在地

名 称

代表者

電 話

口座振替で納付している保険料について、下記の通り口座振替の停止依頼をいたします。

記

口座振替を停止する保険料

事業所番号 (告知番号)	保険料年月	納付期限(口座振替日)
	令和 年 月分	令和 年 月 日期限

上記の保険料から口座振替を停止いたします。

(ご注意)

1. 口座振替の停止は、毎月5日までにご提出を頂いた場合、当月末の口座振替分から停止いたします。
2. 口座振替停止後の保険料は、健保組合より発行する納付書(納入告知書)によりお支払ください。