

念 書

岐阜県医師国民健康保険組合 殿

私の納付すべき岐阜県医師国民健康保険組合の保険料は毎月岐阜県医師信用組合経由で払込むことを承諾致します。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

割印

念 書

岐阜県医師信用組合  
御中

岐阜県医師国民健康保険組合から貴行宛毎月通知せられる私の納付すべき保険料金額を貴組合の私名義普通預金（口座番号No. ）より普通預金払戻し請求書によらないで引落しの上、岐阜県医師国民健康保険組合普通預金口座へお振込み下さるようお願い致します。  
ついては、後日本件に関しまして何等異議申立ては致しません。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

