

介護・記入例

この申込書で直接金融機関へお申し込みすることはできません。

荒川区介護保険料口座振替

被保険者番号は介護保険被保険者証等でご確認ください。
わからない場合は空欄のままご提出ください。

介護保険料	申込区分	被保険者番号										振替方法
	☐ 新規 ☐ 変更	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1か月毎(毎月末日払) ※金融機関休業日 の場合は翌営業日

※被保険者番号がわからない場合は記入不要です。

依頼先金融機関等 御中

被保険者	住所	荒川区荒川 2 - 2 - 3										申込日	2025年 6月 30日		
	氏名	荒川 太郎										連絡先	☐ 携帯 ☐ その他		
	生年月日 (西暦)	1940年			2月		1日					012-3456-7890			

ゆうちょ銀行以外の銀行、またはゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。

金融機関コード	支店コード		預金種目	口座番号(右詰め)						
	みずほ ☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 農協 ☐ 信用組合		荒川 ☐ 本店 ☐ 営業部 ☐ 支店 ☐ 出張所	☐ 普通 ☐ 当座	1	2	3	4	5	6
金融機関コード	通帳記号	通帳番号(右詰め)		振替(払込)開始希望月						
9900	12345	12345678		2025年 7月分から						
契約種別コード 28	払込先口座番号 00140-4-960044	払込先加入者名 荒川区会計管理者		払込日 月末						

どちらか一方に記入してください。

※西暦でご記載ください。
※ご不明な場合は記載不要です。

口座名義人を記入し、届出印を押印してください。

口座名義人	フリガナ	アラカワ ハナコ										届出印
	氏名	荒川 太郎 花子										荒川

訂正する場合は、
二重線で消し、
その上から届出印を
押してください。

※介護保険料を上記口座名義人の預貯金口座から口座振替(自動払込)の方法により支払うこととしたので、約定を確約のうえ依頼します。(資金不足により振替不能の場合、前月より限り再振替を依頼します。)

<以下は記入不要です>

金融機関の届出印を鮮明に押印してください。
金融機関にサインで届出されている方は、届出印欄にサインをしてください。
印鑑レス口座の方は、届出印欄下に「印鑑レス口座の場合は」に「」を入れてください。
ゆうちょ銀行のお申し込みについては、届出印またはサインが必要になります。

※ゆうちょ銀行を除く。ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

金融機関等使用欄		金融機関等処理欄		取扱店日附印欄
〔不備返却事由〕 ☐ 預金取引なし ☐ 印鑑相違 ☐ 記載事項相違 ☐ 印鑑不鮮明 (☐ 店名 ☐ 預金種目 ☐ 口座番号 ☐ 口座名義) ☐ その他		印照合	上記の届出については、承諾いたします。 年 月 日 特別区公金収納取扱店	
		受付	所在地 店舗名 電話番号 ()	
区処理欄	介護 還介		返送先 〒116-8501 荒川区荒川二丁目2番3号 荒川区福祉部介護保険課資格保険料係 電話03-3802-3111 内線2443	

太枠部分に黒のボールペンで記入してください。訂正する場合は、二重線で消し、金融機関の届出印で訂正印を押してください。