2025 年度版

「日臨技リンクス」
記入例とご注意事項

記入例を参考に、「日臨技リンクス」加入依頼書、「日臨技リンクス」口座振替依頼書にご記入・押印のうえ、添付の返信用封筒を使ってご郵送ください。切手は不要です。

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく東京海上日動までご連絡ください。ご連絡がない場合はお支払いする保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

＜ご注意事項＞

1. 加入書類が届いたら、ご指定のご連絡先に受領の旨ご連絡いたします。郵送後一定期間を過ぎても受領の連絡がない場合は、下記取扱代理店までご連絡ください。
2. ご加入手続き完了の通知は、加入者票の発送を以て代えさせていただきます。なお加入者票は、ご加入月（補償開始月）中に引受保険会社から直送されます。
3. 「日臨技リンクス」で介護医療保険料控除対象となる補償は、「医療補償」「がん補償」「団体長期障害所得補償」です。控除証明書は、ご加入者様に毎年11月頃引受保険会社から直送されます。なお、この保険は毎年６月から証券番号が変わるため、控除証明書には２行で掲載されますので、予めご承知置きください。
4. 更新のご案内は毎年４月頃に、取扱代理店：㈱メディクプランニングオフィスから郵送いたします。
5. お届け内容に変更が生じた場合、また保険を脱退される場合は、下記取扱代理店までご連絡ください。脱退を希望される場合は、毎月25日までに書面でご連絡ください。脱退日は毎月末日です。(例：10月末日の脱退を希望される場合、10月25日必着。)

◆用語のご説明

会　　員：一般社団法人日本臨床衛生検査技師会の会員。

加　入　者：保険加入の申込者のことで、必ず一般社団法人日本臨床衛生検査技師会の会員ご本人に加入者になっていただきます。

被保険者本人：被保険者の中の筆頭者（１名）で、ご加入した保険種目のすべての補償（特約を含む）を受けることができます。被保険者本人になれる方は、パンフレットP14でご確認ください。

被 保 険 者：被保険者の中で被保険者本人以外の方。夫婦型･家族型の配偶者、お子様がこれに該当します。
被保険者本人に比べ、医療補償、がん補償では、補償条件に制約がございます。

＜変更・脱退のご連絡先＞

取扱代理店：㈱メディクプランニングオフィス
〒104-0033 東京都中央区新川2-22-2 新川佐野ビル3F
フリーダイヤル：0120-610020（土日祝日を除く9:00 ～ 17:00）Fax：0120-035466

■会員が被保険者本人になる場合：
傷害補償、医療補償、がん補償について、いずれも「本人型」「夫婦型」「家族型①」「家族型②」にご加入いただけます。

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会　御中

2025 年度

「日臨技リンクス」加入依頼書

記入例

ご加入時の同意内容について

私（申込者）と被保険者（＊）全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。①会員欄に記載の者が契約者である企業または団体の構成員であること　②重要事項説明書の内容　③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容　④重要事項説明書に記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容　⑤パンフレットに記載の「告知の大切さに関するご案内」の内容　＊保険の対象となる方をいいます。

会員（＝加入者）	フリガナ	リン ショウ　ハナ　コ	ご記入日（加入依頼日）：西暦 2025 年 5 月 1 日
	氏名	臨床　花子（私は、「ご加入時の同意内容について」を確認し、契約者である団体に対して加入を依頼します。署名(自署)）	日臨技会員番号：0 0 0 0 0 0
	フリガナ	トウキョウト チヨダク マルノウチ 1−2−1	
	住所	〒 000− 1234　東京都千代田区丸の内 1−2−1　電話：03 − 0000 − 2222	
	所属施設名	○○病院　電話：03− 0000− 1111	
被保険者本人（傷害の対象となる方）	フリガナ		性別：(男)・女
	住所	〒 − ※会員と異なる場合のみ記入　電話： − −	生年月日：西暦 1990 年 10 月 1 日
	フリガナ	リン ショウ　ハナ　コ	会員との続柄：(本人)・配偶者・子供・(親)・兄弟姉妹・加入者と同居の親族（　）
	氏名	臨床　花子	
保険料の振替口座		□現在使っている日臨技リンクス口座を使う→口座振替依頼書の提出は不要です。 ☑日臨技年会費の振替口座を使う→口座振替依頼書の提出は不要です。 □新たに振替口座を設定する→口座振替依頼書にご記入ご捺印のうえ、本紙と共にお送りください。	
加入書類受付のご連絡先指定		☑連絡不要　□会員の自宅電話　□会員の勤務先電話　□加入者の自宅電話 □その他（加入者・被保険者本人）の（　　電話：　−　−　e-mail:　）	

※加入する補償に☑を入れてください。

【傷害補償】 下欄にご記入ください。

☑ ☆職業・職務：臨床検査技師・その他（　）　職種級別：(A)・B（臨床検査技師はAです）
加入タイプ：A2　加入口数：2 口　★他の保険契約等(注1)：(あり)　ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。

【個人賠償責任補償】 下欄にご記入ください。

☑ 個人賠償責任補償に：加入する　★他の保険契約等(注1)：(あり)　ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。

【医療補償】 裏面の【健康状態告知書A】をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

☑ 加入タイプ：M3W　★他の保険契約等(注1)：(あり)　ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。

★健康状態告知（被保険者本人）	質問1：(なし)・あり	質問2：(なし)・あり			
★健康状態告知（配偶者）	質問1：(なし)・あり	質問2：(なし)・あり			
★健康状態告知（お子様）	質問1：(なし)・あり	質問2：(なし)・あり	お子様人数	人	

※満23歳未満のお子様のうち、おひとりでも「あり」に該当する方がいる場合には、お子様全員についてお引受けできません。

【がん補償】 裏面の「健康状態告知書B」をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

☑ 加入タイプ：F2　加入口数：2 口　★他の保険契約等(注1)：(あり)　ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。

★健康状態告知（被保険者本人）	質問1：(なし)・あり	質問2：(なし)・あり			
★健康状態告知（配偶者）	質問1：(なし)・あり	質問2：(なし)・あり			
★健康状態告知（お子様）	質問1：(なし)・あり	質問2：(なし)・あり	お子様人数	人	

※満23歳未満のお子様のうち、おひとりでも「あり」に該当する方がいる場合には、お子様全員についてお引受けできません。

【団体長期障害所得補償】 裏面の「健康状態告知書A」をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

☑ 加入タイプ：(免責30日型)・(免責90日型)　加入口数：3 口　★他の保険契約等(注1)：(あり)　ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。

★健康状態告知：質問1：(なし)・あり　質問2：(なし)・あり　質問3：(全てなし)・(引受不可)あり

他の保険契約等の「あり」に○をした方は右欄に必ずご記入ください。

注1）他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約を言います。他の保険契約等がある場合は、そのご契約の内容によっては、東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。
★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく東京海上日動までご連絡ください。ご連絡がない場合はお支払いする保険金が削減さ

補償の重複に関するご注意

保険の対象となる方（被保険者）の特約と同種の保険商品をご契約されている場合には、補償範囲が重複することがあります。ニーズに合わせてご加入される内容をご検討ください。
個人賠償責任補償特約等

ご希望の補償開始日にチェックを入れてください。ただし、補償開始日の前月25日までに加入書類のご提出が必要です。
※加入依頼書の送付期限（２５日）が土日祝日の場合は、翌営業日が送付期限となります。

補償開始日	補償終了日	加入期間	加入依頼書の送付期限※
☑ 2025年６月１日から加入	2026年６月１日 午後４時	12ヶ月	2025年５月10日必着
□ 2025年７月１日から加入		11ヶ月	2025年６月25日必着
□ 2025年８月１日から加入		10ヶ月	2025年７月25日必着
□ 2025年９月１日から加入		９ヶ月	2025年８月25日必着
□ 2025年10月１日から加入		８ヶ月	2025年９月25日必着
□ 2025年11月１日から加入		７ヶ月	2025年10月25日必着
□ 2025年12月１日から加入		６ヶ月	2025年11月25日必着
□ 2026年１月１日から加入		５ヶ月	2025年12月25日必着
□ 2026年２月１日から加入		４ヶ月	2026年１月25日必着
□ 2026年３月１日から加入		３ヶ月	2026年２月25日必着
□ 2026年４月１日から加入		２ヶ月	2026年３月25日必着
□ 2026年５月１日から加入		１ヶ月	2026年４月25日必着

＜署名欄＞ 左記告知内容の「ご加入時の同意内容について」、〔がん補償にご加入の場合〕がん保険金受取人[*1]の指定の内容について確認・同意します。
「医療補償」「がん補償」「団体長期障害所得補償」にご加入の方は、必ず署名欄に署名してください。
夫婦型・家族型にご加入の場合は、配偶者、お子様の署名も必要です。

■被保険者本人署名欄
被保険者本人（自署）：告知日（ご記入日）西暦 2025 年 5 月 1 日　氏名 臨床　花子　★生年月日 西暦1990 年 10 月 1 日　★性別 (男)・女

■配偶者署名欄
配偶者（自署）：告知日（ご記入日）西暦 2025 年 5 月 1 日　フリガナ リン ショウ　タ ロウ　氏名 臨床　太郎　★生年月日 西暦1990 年 6 月 1 日　★性別 (男)・女

■お子様署名欄（お子様氏名は年齢（年長）順にご記入ください。）
お子様1（自署）：告知日（ご記入日）西暦 2025 年 5 月 1 日　フリガナ リン ショウ　イチ ロウ　氏名 臨床　一郎　★生年月日 西暦2013 年 7 月 2 日　★性別 (男)・女
お子様2（自署）：告知日（ご記入日）西暦 2025 年 5 月 1 日　フリガナ リン ショウ　マサ コ　氏名 臨床　正子　★生年月日 西暦2015 年 10 月 10 日　★性別 (男)・女
お子様3（自署）：告知日（ご記入日）西暦　年　月　日　フリガナ　氏名　★生年月日 西暦　年　月　日　★性別 (男)・女
お子様4（自署）：告知日（ご記入日）西暦　年　月　日　フリガナ　氏名　★生年月日 西暦　年　月　日　★性別 (男)・女
お子様5（自署）：告知日（ご記入日）西暦　年　月　日　フリガナ　氏名　★生年月日 西暦　年　月　日　★性別 (男)・女

■親権者・後見人等署名欄
親権者・後見人等（自署）：告知日（ご記入日）西暦 2025 年 5 月 1 日　氏名 臨床　太郎

被保険者（本人または医療補償・がん補償家族型①②のお子様）が満15歳未満の場合には、親権者・後見人等（注）の代表者１名が全員の合意をいただいたうえで、被保険者に代わって「被保険者欄」および「親権者・後見人等欄」双方にご署名ください。
（注）後見人等とは、後見人・保佐人・補助人をいいます。

※がん補償で被保険者本人の保険金受取人をご自身（被保険者本人）以外の方に指定する場合のみご記入ください。
がん保険金受取人：フリガナ　氏名　被本人保険金の険か続者ら柄

＊1 がん保険金受取人については、特にお申し出がない限り継続前契約と同内容でのご継続となります。

他の保険契約等の具体的な内容

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日（補償の満了する日）	保険金額・支払限度額（ご契約金額）（万円）
臨床 花子	××保険会社	傷害保険	2026 年 10 月	100 万円

※日臨技リンクス互助制度運営費として、加入する保険種目数に関わらず 100 円／月を申し受けます（保険料と合算して引落しさせていただきます）。
※控えがご必要な場合は、お手数ですが本紙をコピーして保管してください。

■会員のご家族・ご親族を被保険者本人とする場合：
傷害補償は「本人型」「夫婦型」「家族型①」「家族型②」にご加入いただけます。（但し同居の親族は「本人型」のみ）
医療補償、がん補償は、「本人型」にのみご加入いただけます。団体長期障害所得補償は、会員以外の方はご加入いただくことができません。

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会　御中

2025年度

記入例

「日臨技リンクス」加入依頼書

ご加入時の同意内容について

私（申込者）と被保険者（＊）全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。①会員欄に記載の者が契約者である企業または団体の構成員であること　②重要事項説明書の内容　③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容　④重要事項説明書に記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容　⑤パンフレットに記載の「告知の大切さに関するご案内」の内容　＊保険の対象となる方をいいます。

会員（＝加入者）	フリガナ	リンショウ ハナコ	ご記入日（加入依頼日）：西暦 2025 年 5 月 1 日
	氏名	私は、「ご加入時の同意内容について」を確認し、契約者である団体に対して加入を依頼します。署名（自署）：臨床 花子	日臨技会員番号：0 0 0 0 0 0
	フリガナ	トウキョウト チヨダク マルノウチ 1－2－1	
	住所	〒 000 － 1234 東京都千代田区丸の内 1-2-1	電話： 03 － 0000 － 2222
	所属施設名	○○病院	電話： 03 － 0000 － 1111
被保険者本人（会員の対象となる方）	フリガナ	○○ケン ○○シ ○○チョウ	性別：（男）・女
	住所	〒 012 － 3456 ※会員と異なる場合のみ記入 ○○県○○市○○町 1-1 電話：090 － 1111 － 2222	生年月日：西暦 1985 年 9 月 6 日
	フリガナ	オオ モリ キョウコ	会員との続柄：（本人）・配偶者・子供・（親）・兄弟姉妹・加入者と同居の親族（　）
	氏名	大森 京子	
保険料の振替口座		□現在使っている日臨技リンクス口座を使う→口座振替依頼書の提出は不要です。 □日臨技年会費の振替口座を使う→口座振替依頼書の提出は不要です。 □新たに振替口座を設定する→口座振替依頼書にご記入ご捺印のうえ、本紙と共にお送りください。	
加入書類受付のご連絡先指定		□連絡不要　□会員の自宅電話　□会員の勤務先電話　□加入者の自宅電話 ☑その他（加入者・（被保険者本人））の（携帯 電話：090 － 1111 － 2222 e-mail: ）	

この欄には、必ず会員ご本人をご記載ください。

※加入する補償に☑を入れてください。

【傷害補償】 下欄にご記入ください。

☑	☆職業・職務：臨床検査技師	その他（家事従事）	職種級別：（A）・B（臨床検査技師はAです）			
	加入タイプ：A2	加入口数：2 口	★他の保険契約等(注1)：（あり）・なし　ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。			

【個人賠償責任補償】 下欄にご記入ください。

☐	個人賠償責任補償に（加入する）	★他の保険契約等(注1)	（あり）・なし　ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。

【医療補償】 裏面の【健康状態告知書A】をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

☑	加入タイプ：M2	★他の保険契約等(注1)：（あり）・なし　ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。					
	★健康状態告知（被保険者本人）	質問1：（なし）・あり	質問2：（なし）・あり				
	★健康状態告知（配偶者）	質問1：なし・あり	質問2：なし・あり				
	★健康状態告知（お子様）	質問1：なし・あり	質問2：なし・あり	お子様人数	人		

※満23歳未満のお子様のうち、おひとりでも「あり」に該当する方がいる場合には、お子様全員についてお引受けできません。

【がん補償】 裏面の「健康状態告知書B」をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

☑	加入タイプ：K1	加入口数：2 口	★他の保険契約等(注1)：（あり）・なし　ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。				
	★健康状態告知（被保険者本人）	質問1：（なし）・あり	質問2：（なし）・あり				
	★健康状態告知（配偶者）	質問1：なし・あり	質問2：なし・あり				
	★健康状態告知（お子様）	質問1：なし・あり	質問2：なし・あり	お子様人数	人		

※満23歳未満のお子様のうち、おひとりでも「あり」に該当する方がいる場合には、お子様全員についてお引受けできません。

【団体長期障害所得補償】 裏面の「健康状態告知書A」をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

☐	加入タイプ：免責30日型・免責90日型	加入口数：　口	★他の保険契約等(注1)：（あり）・なし　ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。				
	★健康状態告知	質問1：なし・あり	質問2：なし・あり	質問3：（なし）・あり			

他の保険契約等の「あり」に○をした方は右欄に必ずご記入ください。

注1）他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約を言います。他の保険契約等がある場合は、そのご契約の内容によっては、東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。
★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく東京海上日動までご連絡ください。ご連絡がない場合はお支払いする保険金が削減され

補償の重複に関するご注意

保険の対象となる方（被保険者）またはそのご家族が既に他の保険で下記の特約と同種の保険商品をご契約されている場合には、補償範囲が重複することがあります。ニーズに合わせてご加入される内容をご検討ください。
個人賠償責任補償特約等

ご希望の補償開始日にチェックを入れてください。ただし、補償開始日の前月25日までに加入書類のご提出が必要です。
※加入依頼書の送付期限（25日）が土日祝日の場合は、翌営業日が送付期限となります。

補償開始日	補償終了日	加入期間	加入依頼書の送付期限※
☑ 2025年6月1日から加入	2026年6月1日 午後4時	12ヶ月	2025年5月10日必着
☐ 2025年7月1日から加入		11ヶ月	2025年6月25日必着
☐ 2025年8月1日から加入		10ヶ月	2025年7月25日必着
☐ 2025年9月1日から加入		9ヶ月	2025年8月25日必着
☐ 2025年10月1日から加入		8ヶ月	2025年9月25日必着
☐ 2025年11月1日から加入		7ヶ月	2025年10月25日必着
☐ 2025年12月1日から加入		6ヶ月	2025年11月25日必着
☐ 2026年1月1日から加入		5ヶ月	2025年12月25日必着
☐ 2026年2月1日から加入		4ヶ月	2026年1月25日必着
☐ 2026年3月1日から加入		3ヶ月	2026年2月25日必着
☐ 2026年4月1日から加入		2ヶ月	2026年3月25日必着
☐ 2026年5月1日から加入		1ヶ月	2026年4月25日必着

＜署名欄＞ 左記告知内容の「ご加入時の同意内容について」、（がん補償にご加入の場合）がん保険金受取人*1の指定の内容について確認・同意します。
「医療補償」「がん補償」「団体長期障害所得補償」にご加入の方は、必ず署名欄に署名してください。
夫婦型・家族型にご加入の場合は、配偶者、お子様の署名も必要です。

■被保険者本人署名欄

被保険者本人（自署）	告知日（ご記入日）：西暦 2025 年 5 月 1 日	氏名：大森 京子	★生年月日：西暦 1985 年 9 月 6 日　★性別：男・（女）

■親権者・後見人等署名欄

親権者・後見人等（自署）	告知日（ご記入日）：西暦　年　月　日	氏名：

被保険者（本人または医療補償・がん補償家族型①②のお子様）が満15歳未満の場合には、親権者・後見人等（注）の代表者1名が全員の合意をいただいたうえで、被保険者に代わって「被保険者欄」および「親権者・後見人等欄」双方にご署名ください。
（注）後見人等とは、後見人・保佐人・補助人をいいます。

■配偶者署名欄

配偶者（自署）	告知日（ご記入日）：西暦　年　月　日	フリガナ / 氏名：	★生年月日：西暦　年　月　日　★性別：男・女

■お子様署名欄（お子様氏名は年齢（年長）順にご記入ください。）

お子様1（自署）	告知日（ご記入日）：西暦　年　月　日	フリガナ / 氏名：	★生年月日：西暦　年　月　日　★性別：男・女
お子様2（自署）	告知日（ご記入日）：西暦　年　月　日	フリガナ / 氏名：	★生年月日：西暦　年　月　日　★性別：男・女
お子様3（自署）	告知日（ご記入日）：西暦　年　月　日	フリガナ / 氏名：	★生年月日：西暦　年　月　日　★性別：男・女
お子様4（自署）	告知日（ご記入日）：西暦　年　月　日	フリガナ / 氏名：	★生年月日：西暦　年　月　日　★性別：男・女
お子様5（自署）	告知日（ご記入日）：西暦　年　月　日	フリガナ / 氏名：	★生年月日：西暦　年　月　日　★性別：男・女

※がん補償で被保険者本人の保険金受取人をご自身（被保険者本人）以外の方に指定する場合のみご記入ください。

がん保険金受取人	フリガナ / 氏名：	被保険者本人から見た続柄：	

＊1 がん保険金受取人については、特にお申し出がない限り継続前契約と同内容でのご継続となります。

他の保険契約等の具体的な内容

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日（補償の満了する日）	保険金額・支払限度額（ご契約金額）（万円）
大森 京子	××保険会社	傷害保険	2026年10月	100万円

※日臨技リンクス互助制度運営費として、加入する保険種目数に関わらず100円／月を申し受けます（保険料と合算して引落しさせていただきます）。
※控えがご必要な場合は、お手数ですが本紙をコピーして保管してください。

口座振替依頼書　記入例

フリガナ	リンショウ　ハナコ	日臨技会員番号	0 0 0 0 0 0
加入者氏名	臨床　花子		
フリガナ	トウキョウト チヨダク 1－2－1		
加入者住所	〒 000－1234　電話番号 03 － 0000 － 1111 東京都千代田区丸の内1-2-1		
本紙についてのお問い合せ電話番号	(自宅) 職場・携帯) (職場・部署名：　　) 03 － 0000 － 1111　(内線　　)		

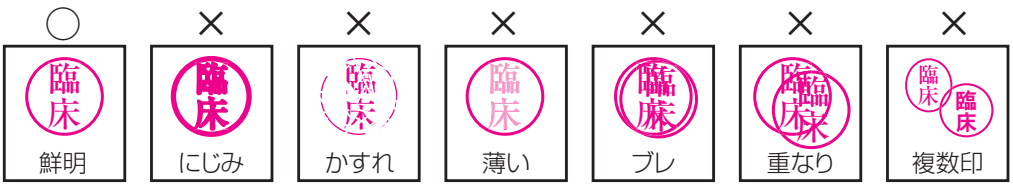
ご注意

1．指定口座欄内は、修正液等を使って修正すると、多くの場合金融機関で受け付けられません。誤って記載した場合は、必ず二重線+訂正印（金融機関お届け印）で訂正してください。
また、二重書き（なぞるような書き方）も受け付けられないケースが多いので、必ず二重線+訂正印（金融機関お届け印）で訂正してください。

2．必ず黒または青のボールペンで記載してください。

3．お届け印の誤りや印鑑不鮮明で、書類が戻ってくるケースが多く見受けられます。印鑑は必ずご確認のうえ、鮮明に押印してください。

※ ご捺印いただいた印が下記のような場合は、不鮮明のため口座をご登録できない場合がございますので、捺印に失敗した場合は、余白に再度ご捺印をお願いします。



金融機関提出用

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書（収加）

新規 2　変更 3

銀行 農協 信用金庫 漁協 信用組合 労働金庫　御中

2 3 2 8 2 0　年　月　2 7 6 0 0 0 0 0 1 3 8 6　日

番号 0 0 0 0 0 0

申込日 令和 7 年 5 月 1 日

収納代行会社：明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)

捺印（ゆうちょ銀行は捺印不要）

左づめでご記入ください。

必ずしも会員の方の口座である必要はありません。

指定口座													
○○○ 銀行・労働金庫・信用金庫・信用組合・農協・漁協	△△△ 本店・支店・出張所	金融機関番号	店舗番号	預金種目	口座番号(右づめでご記入ください)								
		6 7 8 9	1 2 3	普通(総合)(1)当座 2	6 7 8 9 1 2 3								
ゆうちょ銀行	種目コード	1 6 6 3 0 / 9 9 0 0	契約種別コード	記号(6桁目がある場合は※にご記入ください)	1 ※ 0	番号（右づめでご記入ください）							
払込先口座番号	00140－5－120363	払込先加入者名	明治安田収納ビジネスサービス株式会社	払込金の種別	集金	30							
カナ預金者名	リンショウ　ハナコ												
預金者名	臨床　花子	金融機関お届け印（サイン）	臨床	振替日・払込日	27日（当日が休業日の場合は翌営業日）								

印鑑は必ず金融機関届出印をご押印ください。また訂正箇所にも必ず訂正印をご押印ください。

加入者及び預金者は、明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)を収納代行会社として、上記の預金口座振替規定に同意のうえ、口座振替を依頼します。

金融機関使用事項

金融機関番号	不備返却事由	
	1 預金取引なし	3 印鑑相違
	2 記載事項等相違	4 印鑑不鮮明
	ア. 金融機関番号	5 該当口座なし
	イ. 店名	6 口座解約済
	ウ. 店番	7 その他
	エ. 預金種目	事由
	オ. 口座番号	
	カ. 口座名義	
	[字体相違、代表者名違いを含む]	

（お願い）この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、上記該当項目に○印を付けて明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)へ至急ご返送ください。
（〒135-8385 東京都江東区東陽2-2-20 東陽駅前ビル10階 TEL 03-3615-3125）

検印
印鑑照合
受付印 取扱店日附印

必ず金融機関お届け印をお確かめの上、押印ください。
異なる印を複数押した場合、再提出を求められます。