定額自動振替停止依頼書

富山県医師信用組合　御中

年　　月　　日

おところ

お届印

おなまえ

口座番号							

かねてより、口座振替契約の金融機関から貴組合の私名義口座に毎月￥＿＿＿＿＿＿＿＿の振り替えを依頼しておりましたが、令和　　年　　月分より自動引落しの停止をお願い致します。

以　上

（以下は信用組合使用欄ですので記入しないでください）

受付メモ記入欄			
受付日時	年　月　日　時　分		
受付方法	店　頭 郵　送 訪　問 電　話	受付係印	
届出人			

検　印	係　印	印鑑照合