

## 残高証明書継続発行（変更・解除）依頼書

愛知県医師信用組合 御中

ご記入日： 年 月 日

おところ	〒      ー      番（      ）      ー	お届け印
おなまえ		

ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解除	年      月分より <small>※お申込み日以後、最初に到来する発行基準月</small>
-------	---	---

私(当法人)名義の下記取引について、残高証明書の発行を依頼します。

【新規・変更の場合は以下もご記入ください】

発行内容	<input type="checkbox"/> 全科目（預金、融資、出資金のすべての残高） <input type="checkbox"/> 全科目（預金、融資のすべての残高）
発行基準月	<input type="checkbox"/> 毎月月末 <input type="checkbox"/> 年      回（      ）の月末    ※最大 年6ヶ月分可能
発行通数	通

-----  
【組合使用欄】

処理日	年 月 日	顧客番号	
融資	有 ・ 無	口座番号	

検印	係印	印鑑照合	受付

オペコード	処理区分	作成区分	出力区分
55-103	1：登録 2：変更 3：解除	全科目明細(出資金含む)    501 全科目明細                    401	未入力：肩書、屋号 01：肩書、屋号、保留中他店券 10：両方出力なし 11：保留中他店券