

振込組戻し・内容変更 依頼書

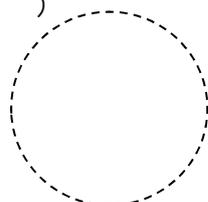
愛知県医師信用組合 御中

依頼日

年

月

日

住所	ご連絡先 ()	 (お届け印)
氏名		

貴組合に取組依頼した振込は、都合により下記のとおり処理してください。本件に関して万一事故が生じても、当方で責任を負い貴組合にはご迷惑をかけません。

当初依頼内容		
お振込日	年 月 日	
振込銀行・支店	銀行・信金	支店
科目・口座番号	普通・当座・その他	口座番号
金額		円
お受取人名		様
ご依頼人名		様

組戻し・内容変更依頼内容(ご依頼の項目番号に○印をおつけください。)					
組戻し	1	私人名義口座に入金	普通・当座・その他	口座番号	
	2	再振込	振込銀行・支店	銀行・信金	支店
			科目・口座番号	普通・当座・その他	口座番号
			フリガナ		
			お受取人名	様	
			フリガナ		
ご依頼人名	様				
内容変更	1	科目・口座番号	普通・当座・その他	口座番号	
	2	フリガナ お受取人名	様		
その他	3				

<組合使用欄>

受理日	受 付	本人確認方法	振込金受取書	訂正済・再振込の振込金受取書		
		印鑑照合	回収済み	交付方法	交付日	検印
	本人確認	運転免許証	訂正済み	郵送		
		健康保険証	不要	来店		
		筆跡	その他	その他		
		その他()	()	()		