

記入要領

加入申込書

埼玉県医師信用組合 御中

太枠内をご記入下さい。

申込日 23年 1月 4日

住所	〒330-0062 TEL 048(824)2651 FAX 048(822)7072 さいたま市浦和区仲町 3-5-1				
フリガナ	シンクミ タロウ			性別	お届け印
氏名	信組 太郎			男	信組
生年月日	平・昭・大 30年 5月 10日	開業 月日	平・昭・大 10年 4月 1日	女	
ご職業	医師		会員区分	A1	A2 B
勤務先名	信組医院		資本の額又は 出資金の総額	千円	
所在地 TEL	TEL ( )		従業員数	人	
添付書類	個人	運転免許証(写) 健康保険証(写) 住民票 印鑑証明書			
	法人	登記簿謄本 印鑑証明書 定款・寄付行為・規則・規約の写し等 ※非課税法人の場合上記の他、民法第34条の規定による設立認可(写)			

住所は住民登録されている住所をご記入下さい。

一つだけ鮮明にご捺印下さい。(スタンプ印は不可)

ご本人様を確認する資料として  
いずれかを必ず添付して下さい。

貴組合の定款を承認し下記のとおり出資の申込をいたします。  
(定款は、埼玉県医師会会員名簿にも掲載されております)

- イ. 20口 (20,000円) ※○で囲んで下さい。  
ロ. 10口 (10,000円)
- 払込方法(○で囲んで下さい。)  
イ. 組合口座より口座振替 (普通預金払戻請求書を省略します)  
ロ. 現金 (ご来店の場合)
- 配当金の受領方法は、次のとおり指定します。  
貴組合、私名義の普通預金口座 (No. ) に入金して下さい。

\*\*\*\*\*

ご記入についてのお願い

- ・複写用紙となっておりますので必ず黒のボールペンでご記入下さい。
- ・ご記入事項を訂正される場合はお届け印による訂正印をご捺印下さい。
- ・修正液等での訂正はできません。

# 加入申込書

埼玉県医師信用組合 御中

太枠内をご記入下さい。

申込日 年 月 日

住 所	〒 TEL ( ) FAX ( )	
フリガナ		
氏 名	性別	
	男 女	
生年 月日	平・昭・大 年 月 日	開業 月日
	平・昭・大 年 月 日	法人 設立
	平・昭・大 年 月 日	
ご職業	会員区分 A1 A2 B	
勤務先名	資本の額又は 出資金の総額 千円	
所在地 TEL	従業員数 人	
	TEL ( )	
添付 書類	個人	運転免許証(写) 健康保険証(写) 住民票 印鑑証明書
	法人	登記簿謄本 印鑑証明書 定款・寄付行為・規則・規約の写し等 ※非課税法人の場合上記の他、民法第34条の規定による設立認可(写)

貴組合の定款を承認し下記のとおり出資の申込をいたします。

1. イ. 20口 (20,000円) ※○で囲んで下さい。

ロ. 10口 (10,000円)

2. 払込方法(○で囲んで下さい。)

イ. 組合口座より口座振替 (普通預金払戻請求書を省略します)

ロ. 現金 (ご来店の場合)

3. 配当金の受領方法は、次のとおり指定します。

貴組合、私名義の普通預金口座 (No. ) に入金して下さい。

\*\*\*\*\*

【組合使用欄】

地区		
会員区分	A・B・法人・家族	
家族の場合	組合員名	続柄
顧客番号	No.	
口座番号	No.	
証券番号	No.	

代表理事	専務理事

検印	精査	係印	受付

承認年月日 \_\_\_\_\_  
加入年月日 \_\_\_\_\_

# 共通印鑑届

埼玉県医師信用組合 御中 貴組合との取引に使用する印鑑を別に定める場合を除き下記の通りお届けいたします。										
申込日                      年                      月                      日										
住	所	〒	TEL	(	)	FAX	(	)		
フリガナ							性別	お届け印		
氏名							男			
							女			
生年月日	平・昭・大 年 月 日		開業 月日	平・昭・大 年 月 日		法人 設立	平・昭・大 年 月 日			
ご職業						顧客番号				
勤務先名										
所在地 TEL		TEL ( )				普通預金番号				

【組合使用欄】

普通預金番号 _____	預金番号 _____
_____ 預金番号	_____ 預金番号

〈備考〉

日付	内 容	日付	内 容

処 理 日	検 印	精 査	係

# 普通預金申込書（兼印鑑票）

普通

		申込日		年	月	日
住 所	〒 TEL ( ) FAX ( )					
フリガナ					性別	お届け印
氏 名					男	
					女	
生年 月日	平・昭・大 年 月 日	開業 月日	平・昭・大 年 月 日	法人 設立	平・昭・大 年 月 日	
ご職業				普通預金番号		
勤務先名						
所在地 TEL	TEL ( )					

以下の「反社会的勢力ではないことの表明・確約に関する同意」のとおり表明・確約・同意のうえ、申込みます。

反社会的勢力ではないことの表明・確約に関する同意

お客様チェック欄

私（本預金口座の名義人（預金口座名義人が法人の場合には、当該法人の役員等を含む。以下同じ。））は、次の①の各号のいずれかに該当し、もしくは②の各号のいずれかに該当する行為をし、または①にもとづく表明・確約に関して虚偽の申告をしたことが判明した場合には、この預金取引が停止され、または通知によりこの預金口座が解約されても異議を申しません。また、これにより損害が生じた場合でも、いっさい私の責任といたします。

① 貴組合との取引に際し、現在、次の各号のいずれにも該当しないことを表明し、かつ将来にわたっても該当しないことを確約いたします。

1. 暴力団
2. 暴力団員
3. 暴力団準構成員
4. 暴力団関係企業
5. 総会屋等、社会運動等標ぼうゴロまたは特殊知能暴力集団等
6. その他前各号に準ずる者

② 自らまたは第三者を利用して次の各号に該当する行為を行わないことを確約いたします。

1. 暴力的な要求行為
2. 法的な責任を超えた不当な要求行為
3. 取引に関して、脅迫的な言動をし、または暴力を用いる行為
4. 風説を流布し、偽計を用いまたは威力を用いて貴組合の信用を毀損し、または貴組合の業務を妨害する行為
5. その他前各号に準ずる行為

処 理 日	顧 客 番 号	検 印	精 査	係 印	受 付

# 普通預金入金票(新約用)

埼玉県医師信用組合御中

普通

顧客番号 科目-口座番号 先日付・決算日区分 取引番号 入出 取引後德才へ 取引コード送席 No. 機番一通番 処理日 時分 店番  
 氏名 TEL 他店券 摘要 現金  
 課税 ②限度額 千円 人格 利率 % 区分 集金 組合 任意 重印コード

						年 月 日	
住 所	〒 TEL ( ) FAX ( )						
フリガナ							性別
氏 名							男
							女
生年月日	平・昭・大 年 月 日	開業 月 日	平・昭・大 年 月 日	法人 設立	平・昭・大 年 月 日		
ご職業				普通預金番号			
勤務先名							
所在地 TEL	TEL ( )			金 額	百万	千	円

課 税				②限度額(千円)			
総	分	優	非				
2	8	5					

	金 種 内 訳		
1 万円	0 0 0 0	1 0 円	0
5 千円	0 0 0	5 円	
2 千円	0 0 0	1 円	
千円	0 0 0	証 券 ( )	
5 百円	0 0	振 替	
百円	0 0		
5 0 円	0	合 計	

処 理 日	顧 客 番 号	検 印	精 査	記 帳	係 印	受 付