≪ 勤務医生協　組合加入申込書 ≫

鹿児島県勤務医師生活協同組合
理事長　波 多 江　　正 紀　殿

定款を承認し、貴組合に加入を申し込みます。　尚、出資金は下記の指定口座よりお引去りください。

医籍登録番号	第						号		申　込　日	令和　　年　　月　　日

お名前	ふりがな	申込印(認印可)	生　年　月　日	年齢	性別
			昭和 平成　　年　　月　　日		男・女
ご自宅住所	(〒　　　－　　　　) 鹿児島県				
	TEL	(　　　)	FAX	(　　　)	
	携　帯	-　　　　-	メールアドレス		
ご勤務先住所	医療機関名 (診 療 科)				
	(〒　　　－　　　　)				
	TEL	(　　　)	FAX	(　　　)	
引受出資口数 及び出資金額	口	円	※出資金は１口　１，０００円です。		
出資金引去指定口座	別紙、「**預金口座振替依頼書**」にてご指定ください				

下記、**「個人情報のお取扱い」** の内容にご同意いただける場合のみ、上欄に必要事項をご記入の上、お申込みください。

【個人情報のお取扱い】
当組合は、本申込書に関する個人情報を、組合事業を目的とした業務に利用し、その他業務上必要とする範囲で業務委託先、金融機関へ提供を行い、またこれらのものから提供を受けることがあります。

ご記入の際は、**記入漏れ・押印漏れ** のないようご注意ください。

【添付書類】**必須**
お申込者様のご本人確認ができる公的な証明書(氏名、生年月日、現住所記載)の写しをご同封ください。
(現住所は、あらかじめ印字されているか、ボールペンなど消せないもので記入されているものに限ります。)
運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード(ナンバー記載の裏面コピー不要)・住民票等

【アンケート】
・医師会にはご加入されておりますか？ はい　・　いいえ
・山形屋ドクターズカード発行希望　はい　・　いいえ

※ カードをご希望の方は、裏面のカード発行申込書もご記入下さい。

ホームページ

組合記入欄						
	令和　　年　　月　　日 引去り			令和　　年　　月　　日　第　　回理事会承認		
	会員番号		－００	カード番号	995　－	
	山形屋への連絡				受付印	
	備　　考					
	検印	検印	依頼者	受付		

YAMAKATAYA Doctor's Card　≪発行申込書≫

申込日	令和　　年　　月　　日

お名前	ふりがな	申込印(認印可)	生年月日	年齢	性別
			昭和 平成　　年　　月　　日		男 ・ 女
ご自宅住所	(〒　　－　　) 鹿児島県				
	携帯ＴＥＬ　　-　　-		自宅ＴＥＬ　　(　　)		
ご勤務先住所	医療機関名 (診療科)				
	(〒　　－　　)				
	ＴＥＬ　　(　　)		ＦＡＸ　　(　　)		
カードお届け先	自宅　・　勤務先				

申込をしてから一か月しても、お手元に届かない場合はご連絡ください。

【家族カード発行希望】家族カードをご希望の方のみご記入下さい。家族カードは１枚に限ります。

ふりがな	続柄	生年月日	年齢	性別
		昭和・平成 令和　　年　　月　　日		男・女

【ご家族欄】ご家族の生活シーンに合わせ、情報提供・商品のご案内を差し上げます。

ふりがな	続柄	生年月日	年齢	性別
		昭和・平成 令和　　年　　月　　日		男・女
ふりがな	続柄	生年月日	年齢	性別
		昭和・平成 令和　　年　　月　　日		男・女
ふりがな	続柄	生年月日	年齢	性別
		昭和・平成 令和　　年　　月　　日		男・女

【デパート代金引去口座】**ご本人カードと家族カードのお引去り口座は同一口座になります。**

指定口座	・出資金引去口座と同一口座
	※別口座を希望される場合は「預金口座振替依頼書」を追加してご提出ください （預金口座振替依頼書右下の「料金等の種類」欄に「**山形屋分**」と追記をお願いします）

ご記入の際は、**記入漏れ・押印漏れ**のないようご注意ください。

【個人情報のお取扱い】

当組合は、本申込書に関する個人情報を、組合事業を目的とした業務に利用し、その他業務上必要とする範囲で業務委託先、金融機関へ提供を行い、またこれらのものから提供を受けることがあります。

組合記入欄	会員番号		０　０
	カード番号	９９５　　―	
	備考		

預 金 口 座 振 替 依 頼 書

鹿 児 島 銀 行
南 日 本 銀 行　　御　中（該当する金融機関を〇で囲んでください。）
医師信用組合

年　　月　　日

私は、下記の収納企業から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、下記規定を確約のうえ依頼します。

収納企業名	鹿児島県医師会・鹿児島県医師協同組合・鹿児島県医師国民健康保険組合

太枠すべてご記入・ご捺印ください。　　（該当する金融機関を〇で囲んでください）

預金口座			銀行へのお届け印	鹿児島　・　南日本 鹿児島県医師信用組合	銀　行
	(フリガナ)			支　店 出張所	
	預金者名	※法人の場合は金融機関お届出の法人名、肩書、代表者名をすべて省略せず記入してください。		銀行コード 店 コ ー ド	
				預金種目	1. 普通　2. 当座
				口座番号	

振 替 日	収 納 企 業 の 指 定 す る 日（銀 行 休 業 日 の 場 合 は 翌 営 業 日）

―預金口座振替規定―

1. 銀行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
2. 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額（当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。）をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
3. この契約を解約するときは、私から銀行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、銀行はこの契約が終了したもののとして取扱ってさしつかえありません。
4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行に迷惑をかけません。

銀行使用欄	（不備返却事由） 1. 預金取引なし　5.店番相違 2. 記載事項等相違（店名、預金種目、口座番号、口座名義）　6.（　　）なぞり書き不可 3. 印鑑相違　7.その他 4. 印鑑不鮮明　（　　） （備　考）

検 印
照 合
係 印

（収納企業使用欄）太枠のみご記入ください

(フリガナ) 会 員 名 (組合員名)		料金等の収納依頼企業名	鹿 児 島 県 医 師 会 鹿 児 島 県 医 師 協 同 組 合 鹿 児 島 県 医 師 国 保 組 合
住　　所	(〒　　－　　) TEL：　　(　　)	料金等の種　　類	医協関連項目 出資金　集金代行(山形屋)
引去顧客番号	個人番号:　　法人番号:	〈受付事業所〉	勤務医師生協

預金口座振替依頼書

記入方法

鹿児島銀行
南日本銀行　　御　中（該当する金融機関を〇で囲んでください。）
医師信用組合

記入日
令和　　年　　月　　日

私は、下記の収納企業から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、下記規定を確約のうえ依頼します。

収納企業名	鹿児島県医師会・鹿児島県医師協同組合・鹿児島県医師国民健康保険組合

太枠すべてご記入・ご捺印ください。　　（該当する金融機関を〇で囲んでください）

預金口座			銀行へのお届け印	
	(フリガナ)	イリヨウホウシンカケンカイ　イ		鹿児島・南日本 鹿児島県医師信用組合　銀行
預金者名		シビョウイン　リジチョウ　ケンイ　タロウ 医療法人鹿県会　医師病院 理事長　県医　太郎 ※法人の場合は金融機関お届出の法人名、肩書、代表者名をすべて省略せず記入してください。		中央　支店 出張所
				銀行コード 店コード
				預金種目　1.普通　2.当座
				口座番号　1 2 3 4 5 6 7

振替日	収納企業の指定	（銀行休業日の場合は翌営業日）

―預金口座振替規定―

1. 銀行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく記載額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金口座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切
2. 振替を
書
3. この
ない
出をしない限り、銀行はこの契約が終了したもののとし　さしつかえありません。
4. この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行　る場合を除き、銀行に迷惑をかけません。

（不備返却事由）
1. 預金取引なし　5.店番相違
2. 記載事項等相違　6.〔　　〕
り書き不可
の他

検印
照合
係印

太枠の赤字部分をご記入・ご捺印ください。

（収納企業使用欄）太枠のみご記入ください

(フリガナ) 会員名 (組合員名)	ケンイ　タロウ 県医　太郎	料金等の収納依頼企業名	鹿児島県医師会 鹿児島県医師協同組合 鹿児島県医師国保組合
住所	(〒890-0053) 鹿児島市中央町123番999号 TEL：099（123）4567	料金等の種類	会費・各種保険料 各種料金等

引去顧客番号	個人番号　　法人番号	〈受付事業所〉

アンケートのお願い

鹿児島県勤務医師生活協同組合

当組合は、組合員の生活の文化的・経済的改善向上の支援として、各種事業を行っているところでございますが、今後のサービス向上のためにアンケートにご協力いただけると幸いです。
下記アンケートの該当項目に☑、またはご記入の上、組合加入申込書と一緒にご返送ください。

① 今回ご加入された目的もしくは関心のあるものとして、以下に該当するものがあれば☑をお願いします。（複数回答可）
※今回のパンフットに案内が同封されていないものも含まれております。

□ 山形屋ドクターズカード（５％割引のお買物カード）
□ IDEXガソリンカード
□ メディカード（JCBカード）

□ JCM車買取サービス
□ 車両購入割引サービス（外国車）
□ 優良カーディーラー紹介サービス（国産車）※チラシ「○月のお買得車情報」

□ 所得補償保険
□ 自動車保険
□ 生命保険（ＳＯＭＰＯひまわり生命）
□ 医療保険（ＳＯＭＰＯひまわり生命）
□ がん保険（アフラック）
□ 火災保険
□ ゴルファー保険
□ 全国型グループ生命共済制度
□ 保険管理表作成サービス・マネープランシミュレーションサービス・マネー相談サービス
□ ｉＤｅＣｏ（イデコ）・ＮＩＳＡ（ニーサ）等活用資産形成相談サービス

□ 書籍WEB購買サービス
□ 白衣割引
□ 不動産紹介事業（分譲マンション購入割引）

□ お知り合いの先生からの勧め
□ その他（　　）

② 上記以外で、取り扱ってほしい商品・サービス等があれば、ご記入をお願いします。

（　　）

＊ご協力ありがとうございました。組合員の皆様へのサービス向上に活用させていただきます。

ホームページ