

お支払い登録用紙の返送方法について

口座引落もしくはクレジットカード引落をご選択いただけます。

ご希望のお引き落とし方法の書類を印刷・ご記入いただき、弊社に郵送をお願いいたします。

書類の郵送は本 PDF の 4 ページ目の返送用ラベルをご利用ください。(切手は不要です)

※ご注意事項

現在、『Ci 電たるメンバー』にご加入中の方は、クレジットカード引落へ変更すると商品購入金額に応じた割引が対象外となります。

Ci 電たるメンバーにご加入しているかどうかご不明な場合は、お電話かメールにてご連絡ください。

Ci でんき担当

0761-50-2076

ci-energy@ci-medical.com

Ciでんき 電気料

預金口座振替依頼書 自動払込利用申込書(収加)

私は、三井住友カード株式会社から請求された金額を私名義の下記口座から
預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

収納代行会社	三井住友カード株式会社 (旧SMBCファイナンスサービス)	振替日 (払込日)	23日	(金融機関休業日の場合は翌営業日)
--------	----------------------------------	--------------	-----	-------------------

ゆうちょ銀行以外の銀行、またはゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。

ゆうちょ銀行以外の銀行	金融機関コード	支店コード	預金種目 (どちらかに○印)	口座番号 (右詰でご記入ください。)	捨印 ゆうちょ銀行を除く
	銀行 信用金庫 組合	本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座		
ゆうちょ銀行	(フリガナ)	金融機関 お届け印			金融機関 へのお届け印 ですか
	口座名義人	法人の場合は、社名、代表者、役名、氏名を省略せずご記入ください。			
ゆうちょ銀行	(フリガナ)	ゆうちょ銀行 お届け印			金融機関 へのお届け印 ですか
	口座名義人	法人の場合は、ゆうちょ銀行へお届けの社名、代表者、役名、氏名を省略せずご記入ください。			
	種目コード	契約種別コード	記号 (6桁目がある場合は ※欄にご記入ください。)	番号 (右詰でご記入ください。)	
	1 6 6	3 0	1	0	
払込先口座番号		0 0 1 1 0 - 5 - 5 8 8 3 0		払込先 加入者名	三井住友カード株式会社

<収納企業使用欄>

収納企業名	株式会社 歯愛メディカル				料金等の 種類	電気料金等	
契約者番号	委託者コード				顧客コード		
	3	0	8	1	3	0	0

(フリガナ)		〒
申込人名	申込人住所	TEL

—預金口座振替規定— *ゆうちょ銀行払いは除く。

- 銀行(金庫・組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引き落と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、払戻請求書の提出または小切手の提出はしません。
- 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。
- 申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、特に申出をしない限り、銀行(金庫・組合)はこの契約が終了したものとして取扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛論が生じても、銀行(金庫・組合)の責めによる場合を除き、銀行(金庫・組合)には迷惑を掛けません。



ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

金融機関 使用 欄	(不備返却事由)		
	1. 預金(貯金)取引なし		
	2. 記載事項等相違 店名、預金種目、口座番号、 記号番号相違、口座名義		
	3. 印鑑相違 4. その他 ()		
	備考		
	検印	印鑑照合	受付印

(金融機関へのお願い)
この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書に不備がありましたら、不備返却事由欄の該当項目に○印をつけて速やかに右記不備返却先にご返却下さい。

(不備返却先)
三井住友カード株式会社 Sライン口座振替係
〒550-0014 大阪府大阪市西区北堀江3-6-11

クレジットカード登録用紙、口座振替依頼書の 返送用ラベル

									
料金受取人払郵便									
<table border="1"><tr><td>小松局 承認 5114</td></tr></table>	小松局 承認 5114	<table border="1"><tr><td>9</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td><td>7</td><td>9</td><td>0</td></tr></table>	9	2	3	8	7	9	0
小松局 承認 5114									
9	2	3	8	7	9	0			
差出有効期間 令和7年9月 30日まで	石川県能美市福島町に152番地 株式会社 歯愛メディカル 電力小売事業部 行								
(切手不要)									
									

上の枠線に沿って切り取り、封筒に貼って投函してください。
(切手は不要です)

※余白に、差出人様名をご記載ください。