

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 でんきメンバー』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 でんき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。)	
	銀行 信用金庫 組合		本店 支店 出張所		1. 普通 2. 当座		
	(フリガナ) 口座名義人					金融機関 お届け印	
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) 口座名義人					ゆうちょ銀行 お届け印	
	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		番号		
1	6	6	3	0	1	0	
払込先口座番号		00110-5-58830		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 30813000	顧客コード	

(フリガナ)		申込人住所	〒
申込人名			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議が生じても、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

電気・ガス料金 クレジットカード支払い申込書

株式会社歯愛メディカル御中 私は、株式会社歯愛メディカル<Ci電気・ガス>の月々の電気料金の支払いを、下記クレジットカードを利用して決済することを申し込みます。私は、私とクレジットカード会社との間で定める規定に従って電気料金の精算をします。

お申込日

2 0

年

月

日

※ご記入がない場合は、弊社受領日を[申込日]といたします。

お手数ですが、電気・ガスお申込みと一致確認のため、【電気・ガスご使用申込書】と同じ内容をご記入お願い致します。

電気のご契約	〒				—							(住所は略さずご記入下さい)
	都道府県				市区町村							丁目 番地 号
	ご契約者住所	(マンション名・アパート名・建物名および部屋番号は必ずご記入下さい)										
	ご契約者名	フリガナ										
ご連絡電話番号	() —											

クレジットカード	フリガナ											契約者との続柄	ご捺印(認印可)	
	カードご名義 ※カード記載のローマ字名ではなく カード所有者様の御名前												印	
	カード有効期限			20										
	5種類のカードから 1つお選びいただき ○をおつけください		JCB											
			VISA											
			Mastercard											
			Diners Club											
カード番号(左づめ)													AMERICAN EXPRESS	

個人情報の取り扱いに関しては、お申込時同封の「電力小売事業等におけるプライバシーポリシー」「ガスの使用申込み等に関する個人情報の共同利用プライバシーポリシー」「株式会社 歯愛メディカル 個人情報保護方針 (プライバシーポリシー)」をご確認下さい。

以下、弊社使用欄

顧客コード													
顧客番号	C												
受領日	20	年	月	日	受領印		登録日	20	年	月	日	受領印	

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	923-8790
小松局 承認 7067	石川県能美市福島町に152
差出有効期間 令和9年8月 31日まで	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。