

口座振替

医療費あと払い

月々のご利用料を自動引き落とし

口座振替「医療費あと払い」は
医療・介護専門の、便利で安心な口座振替サービスです。
ご指定の預金口座から自動的にお支払いができます。



現金の用意や
振込手続きなどの
手間が省けます



お引き落としは
毎月27日です

※土日祝の場合、翌営業日



金融機関の
制限はありません

※各銀行・信用金庫・農協など対応

ご注意事項

- 引き落としの際の通帳印字は、
「DF)イリョウヒアト」
と記載されます。

※医療機関・薬局名は印字されません。

普通預金(兼お借り入れ明細)				
年月日	概要	お預かり	お支払い	残高
10/01	送金	60,000		60,000
10/27	DF)イリョウヒアト		5,000	55,000
11/27	DF)イリョウヒアト		3,500	51,500

- 利用料は **198円(税込)/月**です。利用がない月は**0円**です。
- 他の医療機関や薬局等でも「医療費あと払い」をご利用されている方は、利用料金はすべて合算されての引き落としとなります。その場合、通帳には合算された金額が1行で印字されます。
- 金融機関での口座確認に少々お時間がかかりますので、初月は引き落としされず、翌月以降に合算引き落としとなる場合がございます。その場合は、郵送にて通知いたします。
- 申込書の記入不備（印鑑相違や口座情報不備）がある場合、お手数料ですが再度ご記入ご提出をお願いしております。
- 口座の残高不足などで引き落としが出来ない場合、運営会社の株式会社メディカルファイナステクノロジーズよりお振込依頼のご案内をお送りいたします。

お問い合わせ先

医療費あと払いお客様窓口

9:00～16:00 ※土・日・祝日・年末年始除く



0120-515-851



※お客様窓口はあと払いのご利用方法についてのお問い合わせ窓口です。
診察内容についてはご利用の医療機関にお問い合わせください。

運営会社：株式会社メディカルファイナステクノロジーズ

申込書ご記入例

別紙「医療費あと払いサービス」申込書に必要事項をご記入の上、
医療機関・薬局担当者にお渡しください。

枠内 を全てご記入ください。

① 利用者（患者）

申込日2024年10月1日

フリガナ（セイ）	トウキョウ	（メイ）	カズオ	性別
名前	東京		一男	☒ 男 ☐ 女
住所	〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-3 P M O 平河町6階			
生年月日	西暦	1950年	6月	1日
			電話番号	03-1234-5678
個人情報の取り扱いに同意します。 ※詳細は別紙をご確認ください ☒ はい ☐ いいえ				

別紙「個人情報の取り扱いについて」を
お読みの上、ご記入ください

② 利用者以外の連絡先			
フリガナ (セイ)	トウキョウ	(メイ)	ハナコ
名前	東京	花子	続柄
住所	〒102-0093 千代田区平河町5-1 東京 都 道 府 県 建物名など ●● マンション101 その他		
生年月日	西暦	1975 年	10 月 15 日
電話番号	090 - 1234 - 5678		

書類送付先 ☐ ① 利用者（患者） ☒ ② 利用者以外の連絡先

ご希望の金融機関と口座名義人をご記入の上、**お届け印(通帳印)**を押印ください。
 なお訂正箇所には、**お届け印にて**訂正印を押印ください。※修正テープ等不可

お届け印ははっきりと押してください
不鮮明な場合、枠外にも押印ください。

※太枠内に正確にご記入ください。

フリガナ	トウキョウ	カズオ
口座 名義人	(姓) 東京	(名) 一男

お届け印

東京一男

印鑑が不鮮明ですと再処理になりますのでご注意ください↑

どちらかを選んでご記入ください

ゆうちょ銀行以外
の金融機関

千代田 平河町

銀 行
 信用金庫
信用組合
農 協

支 店
 出張所

ゆうちょ銀行

預金種目	①・普 通	2・当 座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
------	-------	-------	------	---	---	---	---	---	---	---

口座情報(右ページ)訂正時のご注意

- 修正テープ・修正液は使用不可です。
二重線を引き、お届け印にて訂正印を押印ください。
- お届け印不明で複数の印で提出をされる場合は、
複数枚に分けて申込書をご記入ください。

書類の送付先をどちらかお選びください