

金額欄・・・二重線で消して11か月分の保険料を記入し、必ず訂正印を押してください

保険始期欄・・・7月の7を二重線で消して、余白に8を記入【訂正印不要】

(保険料払込日が7月の場合)

# 保険始期と金額の訂正

払込取扱票				通常払込料金 加入者負担	
02	東京	口座記号番号		金額	31680
00190	1	353998			<del>34560</del>
加入者名 日本税理士会連合会保険料口				料	備考
日本税理士会連合会 御中 私は税理士会会員であることを確認の上加入し、本サイトで掲載の「個人情報取扱い」に同意します。 税理士登録番号・税理士法人番号 / ご依頼人・税理士氏名・税理士法人名(加入者兼記名被保険者)					
加入者名 999999		税務太郎		金額	
人数 変更後		2022年		申込兼確認印	
1		0		8	
前年 変更後		2		7	
主契約		事前税務 相談業務 担保特約		なし	
住所		〒141-0032 東京都品川区大崎1-11-8		情報 漏えい 担保特約	
(事務所名) 税務太郎税理士事務所		電話番号 03-5740-0908		訂正印	
所属税理士会 東京		30		他の同種の 保険契約等	
裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)(承認番号東第47846号) これより下部には何も記入しないでください。					

  

振替払込請求書兼受領証					
口座記号番号		加入者名		金額	
00190-1		日本税理士会連合会保険料口		31680	
353998				<del>34560</del>	
加入者名 日本税理士会連合会保険料口		金額		金額	
				31680	
				<del>34560</del>	
		(税理士職業賠償責任保険)		訂正印	
		税務太郎税理士事務所 税務太郎様		日 附 印	
				料 金	
				備 考	

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。  
この受領証は、大切に保管してください。