

取消 依頼書

【取消を依頼される場合は、事前にEBセンターにご連絡ください】

TEL (フリーダイヤル) 0120-781-906

株式会社 三菱UFJ銀行 御中

年 月 日

東日本地区FAX:

03-5218-8240

中部・西日本地区FAX:

06-6231-5465

| |
|----------------------------------|
| (おなまえ) |
| (連絡担当者氏名) ※必ずご記入ください |
| TEL - - (内) |

| 応 答 符 号 | | | |
|---------|--|--|--|
| | | | |

※お届けの応答符号定数、計算方式により誤りのないようご記入ください

下記の内容で伝送したデータの取消を依頼します。

記

| 種 類 | 1. 振 込 | | 2. ※一括支払 | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|------------|
| | (「1. 振込」を指定された場合は、以下の振込内容もご指定ください) | | 3. 口座振替 | |
| 該当のものを1つ ○印で囲んでください | <input type="checkbox"/> 一般振込 (170) | <input type="checkbox"/> 配当金振込 (171) | 4. 地方税納付 | |
| | <input type="checkbox"/> 給与振込 (172) | <input type="checkbox"/> 年金振込 (173) | | |
| | <input type="checkbox"/> 賞与振込 (176) | <input type="checkbox"/> 診療報酬振込 (175) | 5. ※法人地方税納付 | |
| ※法人地方税区分 | 1. 法人都道府県民税 | | 2. 法人市町村民税 | |
| 指 定 日 | (和暦) 年 月 日 | | ※一括支払の 当貸可能日 | (和暦) 年 月 日 |
| 振込合計金額 合計件数 <small>(地方税の件数は、納付社員数)</small> | 合計件数 | | 合計金額 | |
| | 件 | 円 | 百万 | 千 円 |
| お客さま情報 | 店番 | 企業コード/ 依頼人番号 (注) | | |
| | | 委託者番号(サブコード を含めてご記入ください) | 0 0 0 | |
| 振 込 資 金 | ①振替または現金 | | | |

(注) 右詰でご記入ください。「依頼人番号」としてご記入いただく場合は子番号 (依頼人番号の下2桁) の記入は不要です。

(銀行使用欄)

| 取 引 店 名 | 検 閲 |
|---------|-----|
| | |