

[お客さま記入欄]

### 取引時確認事項申告書(法人・団体用)

犯罪収益移転防止法の改正および本人確認の厳正化により、下記の項目について確認させていただきます。つきましては、お手数ですが下記についてのご申告をお願いいたします。

ご記入日 令和〇〇年〇〇月〇〇日  
医療法人社団信組クリニック

名称・商号

理事長 信組 太郎

1. 取引の目的(複数選択可)

※ 該当の口にチェックをいれてください。(「その他」の場合は必ず具体的にご記入願います。)

預金等の契約		大口現金取引・振込	
<input checked="" type="checkbox"/> 事業費決済	<input checked="" type="checkbox"/> 融資	<input type="checkbox"/> 商品・サービス代金	<input type="checkbox"/> 貯蓄
<input type="checkbox"/> 貯蓄/資産運用	<input type="checkbox"/> 貸金庫	<input type="checkbox"/> 投資/貸付/借入返済	
<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> その他 ( )	

2. 事業の内容(複数選択可)

※ 該当の口にチェックをいれてください。(「その他」の場合は必ず具体的にご記入願います。)

<input checked="" type="checkbox"/> 医療/福祉業	<input type="checkbox"/> 金融業/保険業	<input type="checkbox"/> 製造業
<input type="checkbox"/> サービス業	<input type="checkbox"/> 不動産業	<input type="checkbox"/> 情報通信業
<input type="checkbox"/> 建設業	<input type="checkbox"/> 運輸業	<input type="checkbox"/> その他 ( )

3. 国籍(本店所在国)について、該当する口にチェックをいれてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 日本	<input type="checkbox"/> 日本以外(国名: )
--	-------------------------------------

4. 税務上の居住地国(本店所在地)について、該当する口にチェックをいれてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 日本	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 居住地国なし
--	------------------------------	---------------------------------

医療法人等は番号10になります

5. 特定法人について、該当する口にチェックをいれてください。

<input type="checkbox"/> 該当する	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない ※(法人ステータス番号: 10)
-------------------------------	--

別紙の法人ステータス一覧表を参照願います。

6. ご来店いただいた方が、「代表者」以外の場合

お名前	信組 花子	ご住所	富山市蜷川336
ご本人とのご関係	・役員 <u>取引担当者</u> ・その他 ( )		

7. 法人のお客さまの「実質的支配者」をご記入ください(団体のお客さまのご記入は不要です)。

対象者全員についてご記入ください。書類の提示は必要ありません。						「外国の重要な地位にある方」に該当するか否か○を付けてください。					
(フリガナ)	( )	生	年	明	大	年	月	日	該当有無	該当する	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない
氏名		月	日	昭	平						
住所	法人とのご関係 ( )						※ 該当する方は下記にご記入願います。				
(フリガナ)	( )	生	年	明	大	年	月	日	該当有無	該当する	該当しない
氏名		月	日	昭	平						
住所	法人とのご関係 ( )						※ 該当する方は下記にご記入願います。				
(フリガナ)	( )	生	年	明	大	年	月	日	該当有無	該当する	該当しない
氏名		月	日	昭	平						
住所	法人とのご関係 ( )						※ 該当する方は下記にご記入願います。				

通常は理事長名になります

※ 上記のお客さまで「外国の重要な地位にある方」に該当する場合、地位の名称、続柄等を下記に記載してください。(「外国の重要な地位のある方」については裏面をご確認ください)

該当する方の氏名	国名	地位の名称	続柄等(家族の場合)

富山県医師信用組合

業務部

受付日: 年 月 日

検印	受付者

