

口座振替依頼書

公害健康被害補償等に関する法律に基づく 調剤報酬 の額の支払いについて、下記の口座へ振込みをしていただきたい。

なお、前もって特別の申出のない限り変更のないものとして取扱い下さい。

口座振替通知書の発行省略を了承いたします。

記

- 銀行名 銀行 支店
- 口座番号等 当座・普通 No.
- 口座名義 フリガナ
漢 字

※ フリガナは、30字以内に記入して下さい。30字を超える場合は取引銀行と調整の上、ご記入願います。

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名称

印

電話番号 ()

千代田区長 殿

コード番号	
-------	--