

記入例

水俣病総合対策医療事業（医療手帳・水俣病被害者手帳）

第5の2号様式（第8、13、15条関係）

口座振込依頼書（医療機関用）

熊本県知事 様

療養費支払請求書（第4号様式）の「医療機関等」の欄と同じ内容をご記入ください。

医療機関コード _____

（記入不要）

（〒862-8570）

所在地 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1

医療機関名 県庁整骨院

電話番号 096-333-****

代表者氏名 熊本 太郎

私が熊本県から支払を受ける水俣病総合対策医療事業に係る療養費及び診療報酬明細書発行手数料は、下記口座に振り込んでいただきますようお願いします。

記

1 金融機関名 〇〇銀行 支店名 △△支店
金融機関コード

*	*	*	*
---	---	---	---

 支店コード

*	*	*
---	---	---

2 口座種別 普通 ・ 当座 （○で囲む）

3 口座番号

*	*	*	*	*	*	*
---	---	---	---	---	---	---

 （右づめ）

カナ ケンチョウセイツイン ケンモト タロウ

4 口座名義人 漢字 県庁整骨院 熊本 太郎

※口座名義人欄は通帳の記載どおり正確にご記入ください。

提出方法	紙		
書類発行責任者	阿蘇 次郎	電話番号	096-333-****
担当者	天草 花子	電話番号	096-333-****

※上記事項に変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。