

口座振込依頼書（医療機関用）

年 月 日

熊本県知事 様

医療機関コード _____

（記入不要）

（〒 _____）

所在地 _____

医療機関名 _____

電話番号 _____

代表者氏名 _____

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 _____ 支店名 _____
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 _____

4 口座名義人 漢字 _____

※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		電話番号	
担当者		電話番号	

※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。

※よろしければ、通帳の写し（銀行（支店）名、口座名義、口座番号の記載のあるページ）の添付をお願いいたします。