

公害健康被害の補償等に関する法律 支払金口座振替依頼及び変更届書

<input type="checkbox"/> 新規申請			
<input type="checkbox"/> 変更申請	<input type="checkbox"/> 所在地	<input type="checkbox"/> 名称 (旧)	<input type="checkbox"/> 口座
	<input type="checkbox"/> 医療機関 (薬局) コード (旧)		<input type="checkbox"/> その他 ()

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 支店									
振込 口座	預金種別	1. 普通	2. 当座	口座番号						
	フリガナ									
	口座名義人									

足立区に対する請求金額は、上記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。年 月 日

(提出先) 足立区長

依頼人 (必ずご記入ください)	医療機関 (薬局) コード									
	医療機関 (薬局) 名									
	代表者氏名・印	印								
	所在地	〒								
	電話番号									

依頼人の医療機関 (薬局) 名・代表者氏名と口座名義人が一致しない場合にご記入、押印ください。

上記口座名義人を代理人と定め、診療報酬等受領の権限を委任する。

医療機関 (薬局) 名

代表者氏名

印

※依頼人の「医療機関 (薬局) 名・代表者氏名・印」と同一で記入してください。

※20日までに届け出を受理した場合、翌月の支払分から上記口座に振り込みとなります。

※記入例裏面参照

記入の注意点

公害健康被害の補償等に関する法律
支払金口座振替依頼及び変更届書

<input type="checkbox"/> 新規申請			
<input type="checkbox"/> 変更申請	<input type="checkbox"/> 所在地	<input type="checkbox"/> 名称 (旧)	<input type="checkbox"/> 口座
	<input type="checkbox"/> 医療機関 (薬局) コード (旧)	<input type="checkbox"/> その他 ()	

振込先金融機関		銀行 信用金庫 信用組合		支店	
振込 口座	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号		
	フリガナ	<ul style="list-style-type: none"> ・口座名義人は、原則として依頼人と同一としてください。 ・口座名義人と依頼人が異なる場合は、下記委任欄に医療機関名等の記入・押印してください。 ・口座についての変更がない場合は、振込口座の記入を省略できます。 			
	口座名義人				

足立区に対する請求金額は、上記の口座に口座振替の方法をもつて振り込んでください。 年 月 日

(提出先) 足立区長

依頼人 (必ずご記入ください)	医療機関 (薬局) コード	
	医療機関 (薬局) 名	
	代表者氏名・印	印
	所在地	〒
	電話番号	

依頼人の医療機関 (薬局) 名・代表者氏名と口座名義人が一致しない場合にご記入、押印ください。

上記口座名義人を代理人と定め、診療報酬等受領の権限を委任する。

医療機関 (薬局) 名
代表者氏名

印

※依頼人の「医療機関 (薬局) 名・代表者氏名・印」と同一で記入してください。

※20日までに届け出を受理した場合、翌月の支払分から上記口座に振り込みとなります。
※記入例裏面参照