

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 口 座	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合								支店	
	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		
	法 人 名 代 表 者 役 職・氏 名		
	医療機関（薬局）所在地		〒
	医療機関（薬局）電話番号		
	発行責任者	部署・役職	
		氏名	
	担当者	部署・役職	
氏名			

個人名義または別法人の口座への振り込みを希望される場合にご記入ください。

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

法 人 名

代 表 者 役 職・氏 名

印

※依頼人の「医療機関（薬局）名・法人名 代表者役職・氏名」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。

※記入例参照

記入例

**公害健康被害の補償
支払金口座振替依頼書**

*口座名義及びフリガナは預金通帳に記載されている
とおり省略せず、正確に記入してください。
*口座名義人は、原則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
記入・押印をお願いします。

<input checked="" 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"/> 医療機関 (薬局) コード (旧)

振 込 口 座	金融機関名	みずほ 銀行 信用金庫 信用組合 千住 支店									
	預金種別	① 普通	2. 当座	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
	フリガナ	イリョウハウジンアダチカイ ミホンビョウイン									
	口座名義人	医療法人足立会 見本病院									

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	9 8 7 6 5 4 3 2 1		
	医療機関 (薬局) 名	医療法人足立会 見本病院		
	法人名 代表者役職・氏名	医療法人足立会 理事長○○○○		
	医療機関 (薬局) 所在地	〒120-8510 東京都足立区中央本町1-17-1		
	医療機関 (薬局) 電話番号	03-3880-5111		
	発行責任者	部署・役職	医療法人足立会 見本病院 事務長	
		氏名	○○○○	
担当者	部署・役職	医療法人足立会 見本病院 事務主任		

*発行責任者及び担当者に記載がある場合のみ、押印を省略することができます。
*発行責任者及び担当者を記載しない場合は、法人名欄の空いている個所に印鑑を押印してください。

発行責任者:部門の長など、書類の作成にあたって責任を有する者
担当者:当該案件の書類を作成するなど、会社の事務担当者
※発行責任者と担当者は同一人でも可

医療機関 (薬局) 名
法人名
代表者役職・氏名

委任欄は印省略不可

印

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