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

□ 新規	申請									
□ 変更	申請 口 所	在地 口 名	□ 名称(旧							
	□ 医療機関(薬局)コード(旧) □ その他()		
		_								
		銀行								
振込先金融機関		信用金庫						支店		
		信用組合								
 振	預金種別	1. 普通	2. 当座	口座番号						
込	フリガナ									
座	口座名義人									
足立區	区に対する語	青求金額は、	上記の	口座に口座	を振替の	方法を	もって振	り込ん		
でくだる		11111	— HD • •			年	. U - 1,5 月	日		
	-					•	,,			
		<u> </u>								
依 頼 人										
	と 療機関	(薬局)名								
必 ず	法	人名						印		
依頼人(必ずご記入ください)	代表者很	代表者役職・氏名						. 1-		
			₹							
	所	在 地								
じ	電話	番号								
	-5 111									
個人名章	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、押印ください。									
上記	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	代表者役職・氏名									
※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

□ 新規申	請								
□ 変更申請 □ 所在地 □ 名称(旧) □ □座								<u> </u>	
	□ 医療機関(薬局)コード(旧) □ その他(
銀行									<u> </u>
振込先	金融機関	信用金庫 支店 信用組合							
│ 預金種別 │ 振		1. 普通	2. 当座	口座番号					
込	フリガナ	・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							
					場合は	、下記	委任欄(こ医療機	関名等
を記入・押印してください。 座 口座名義人 ・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。	(()		Піст	#AC	77.22 HG2	те ди	
足立区	に対する請	求金額は	、上記の	ログに口煙	企振省	の方法	はとも	つし振	り込ん
でくださ	L1 _°					年	E	月	日
(提出先)	足立区長								
依	医療機関(薬局)コード							
依 頼 人	医療機関	(薬局)名	I						
(必ずご記入くだ	, , ,	人 名 職 · 氏名							ĘΠ
記入		. 49% 120 71	 						
くだ	 所	生 地	'						
さい									
	電 話	番号							
	ı		1						
個人名義	または別法人の	ロ座への振り	込みを希望	される場合に	ご記入	、押印〈	ください	0	
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	0
医療機関	目(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	長者役職	• 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。 ※記入例裏面参照