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　　）　□ 口座 □ 医療機関（薬局）コード（旧　　）　□ その他（　　）

振込先金融機関		銀　行 信用金庫　　支店 信用組合									
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	
	法人名 代表者役職・氏名	印
	所在地	〒
	電話番号	

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　　）　□ 口座 □ 医療機関（薬局）コード（旧　　）　□ 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										

・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を記入・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。

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	印
	所在地	〒
	電話番号	

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。
※記入例裏面参照