

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書

新規申請	変更申請
------	------

新規申請か変更申請かを選んでください

支払金の内容		公害診療報酬及び文書料等			
振	金融機関番号 (重要)			金融機関名	銀行 信用金 組 庫 合
	支店番号 (重要)			支店名	支店
込	預金種別	1 普通 2 当座 3 その他()			
	口座番号 (重要)				
口	カタカナ 口座名義 (重要)				
	口座名義				

新宿区から支給される診療報酬等については、上記の預金口座に口座振替の方法をもって振り込まれることに同意いたします。

なお、当方から口座振替依頼書を提出しない限り、本年度経過後も引き続き上記口座に振込まれることに異議はありません。

令和 年 月 日

新宿区長 へ

受付印

入力	確認
/ /	

都道府県番号		主な都道府県番号例 千葉 = 12、東京 = 13、神奈川 = 14
医療機関コード		
所在地	〒	- ()
医療機関名 代表者名		

太線の枠内をきれいに記入ください。
金融機関番号、支店番号、口座番号・名義は正確にご記入ください。