

公害診療報酬口座振替依頼書（医療機関用）

東大阪市から受ける支払金の、下記金融機関の口座への振込みを依頼します。

なお、振替と同時に領収したものと承知いたします。

記

振替先	金融機関名 金融機関コード（ ）	支店名 支店コード（ ）	
預金種別	1. 普通（総合）	2. 当座	3. その他（ ）
口座番号			
(フリガナ)			
名義			

東大阪市会計管理者様

令和 年 月 日

医療機関コード

郵便番号 〒

住 所

フリガナ

医療機関名

氏 名

電 話

受付印

年 月 日 入力済

※注意事項

- 名義は依頼人本人名義に限ります。（口座名義は30文字以内で正確にお願いします。）
- 記載事項に変更を生じたときは、必ず新たに依頼書を提出してください。