

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		支店名
	金融機関コード()		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

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 印

電 話

受付印

年 月 日 入力済 □

※注意事項

- 1 名義は依頼人本人名義に限ります。(口座名義は30字以内で正確にお願いします。)
- 2 印鑑は請求の際と同一のものを使用下さい。
- 3 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。