

支払金口座振替依頼書

新規 変更
(どちらかにチェック)

振	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関・支店番号はわかれば記入してください			
	支店名	支店	金融機関番号			
込	預金種別	普通・当座・その他 ()				
	口座番号					←(右づめでご記入ください)
口座	カタカナ 口座名義 【°は1文字として記入ください】					
	口座名義					
振込	住所	〒 TEL				
依頼者	医療機関・薬局コード					の部分は都道府県コードです。 わかれば記入してください。
	ふりがな 医療機関・薬局名 代表者名 (請求者名)					代表者印(個人名または 役職の印)を押してください 印
口座名義と依頼者が 違う場合の理由		1. 口座名義を法人名としているため 2. 法人の会計の規程に定めているため 3. その他 () の理由で口座名義人に 支払金受領の権限 を委任します。				

依頼年月日：令和 年 月 日 ※届出内容変更の場合(令和 年 月 日より変更)

豊島区からの「公害健康被害の補償等に関する法律」に係わる支払金(公害診療報酬、
文書作成料、医学的検査料等)は、上記の口座に振り込んでください。

(宛先) 豊島区長

【記入上の注意】

- 依頼者と口座名義は原則として同一人にしてください。ただし、やむを得ず別となる時は、その理由を本書に記入してください。
- 本書に記載された内容に変更のある時は、直ちに豊島区保健福祉部地域保健課公害保健グループに届出ください。
- 金融機関名、支店名、口座番号、カタカナ口座名義、代表者名及び代表者印は特に重要ですので、ご確認のうえ、提出をお願いいたします。

受付日	入力		