

公害診療報酬口座振替依頼書(病院用)

新規・変更

振込金融機関名		銀行	支店
*金融機関コード			
口座の種類		普通預金	当座預金
口座番号		NO.	
口座名義	(カタカナ)		
	(漢 字)		

私は、公害診療報酬について、上記の口座に振り込むよう依頼します。

年 月 日

目黒区長あて

医療機関(病院)コード _____

〒 _____

住 所 _____

医療機関名 _____

電話番号 _____

代表者氏名 _____

入力日(何も記載しないでください)

* 金融機関コードを必ず記入してください。