

公害診療報酬等請求用口座振替依頼書

令和 年 月 日

公害医療機関 所在地	〒	
フリガナ		
公害医療機関 名称		
フリガナ		
公害医療機関 代表者氏名		
電話番号	( ) -	
口座振替 振込先	銀行 支店	
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 貯蓄
	口座番号	
	フリガナ	
	名義	
	消費税	1. 有 0. 無
備考		