

記載例

支払金口座振替依頼書兼変更届

☒ 新規☐ 変更

(どちらかに☑)

【振込口座】

金融機関名	文京 銀行 信用金庫 信用組合	公害 支店
金融機関コード	(金融機関番号) 〇〇〇〇	(支店番号) △△△
預金種別	普通	当座
口座番号	□□□□□□□□	
(フリガナ) 口座名義	ブンキョウコウガイクリニック インチョウ ブンキョウタロウ 文京公害クリニック 院長 文京太郎	

文京区から私に支払われる公害健康被害の補償等に関する法律に基づく支払金口座に振り込んで下さい。

文京区 長 殿

令和〇年〇月〇日

【依頼者】

医療機関コード	1 3 1 2 3 4 5 6 7	☐ は都道府県コードです。 わかる範囲でご記入ください。
(フリガナ) 公害医療機関 名称	ブンキョウコウガイクリニック 文京公害クリニック	
所在地	(〒 123 - 4567) 東京都文京区春日1-1-1	
電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
代表者名	文京 太郎 印※	

※印鑑を省略する場合は、下欄に発行責任者及び担当者を記入してください。

発行責任者	(役職) (氏名)	代表取締役 文京 太郎
担当者	(所属) (氏名) (連絡先)	医事課 文京 花子 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(注意)

- 請求者と口座名義人は原則として同一人にして下さい。請求者と口座名義人が別の場合は、その理由等を確認させていただく場合がございます。
- 記載内容に変更があるときは、文京区保健衛生部予防対策課保健予防係に本書にて速やかに届出を行ってください。

押印省略する場合は、この欄に発行責任者及び担当者の氏名及び連絡先等をご記載ください。