

# 支払金口座振替依頼書

振込先金融機関名		銀行	支店
		金融機関 コード	—
振 込 口 座	預金種別	普通当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	氏名		

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  
下記の給付は、上記口座に振り込んで下さい。

## 記

- 1 公害診療報酬および診療報酬（調剤報酬）明細書作成料
- 2 公害健康被害の補償等に関する法律第14条に定める求償金
- 3 診断書料、診療日数証明書料および療養費証明書料
- 4 主治医診断報告書料および医学的検査結果報告書料

令和 年 月 日

請求者 医療機関コード

郵便番号 —

所在地

公害医療機関名称

電話 ( )

開設者の氏名又は名称

印

文京区長 殿

- (注意)
1. 給付の種類は該当するものに○印をつけて下さい。
  2. 請求者と口座名義人は原則として同一人にして下さい。但し、やむを得ず別になるときは、その理由と続柄を本書に添付して下さい。
  3. 記載内容に変更のあるときは、文京区保健衛生部予防対策課保健予防係に届けて下さい。