第１号様式（第５条）

# 横浜市病院事業管理者

口座振替払込登録・変更・取消届

年 月 日

# 下記のとおり＜　登録　・　変更　・　取消　＞の届を提出します。

※1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業者コード |  |  |  |  |  |  |  |

契約者情報（請求人）

※2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 法人名（屋号） |  | | | | | | |
| 代表者職・氏名 | 役職名 | | フリガナ |  | | | ㊞ |
| 氏名 |  | | |
| 所在地 | 〒 **－** | | | | | | |
| 連絡先 | 電話 | **-** | **-** |  | 事務担当者 |  | |
| FAX | **-** | **-** |  |

振込指定口座※3 ※1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名・コード | 銀行金庫組合 | | | | |  |  |  |  |
| 支店名・コード | 支店出張所 | | | | |  |  |  |  |
| 預金種別  （該当する種別にレ点） | 普通 | 当座 | その他 | |  |  |  | |  |
| 口座番号 | 右詰めでご記入ください | |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

※1 コードが御不明な場合は、空欄のまま提出してください。

※2 契約書に使用する代表者印を押印してください。

※3 複数の振込先を希望する場合は、振込先口座ごとに提出してください。

金融機関、支店、預金種別、口座番号及び口座名義人のいずれかに変更（金融機関・支店の統廃合も 含む。）があった場合は、再度提出してください。

口座名義人のフリガナ欄は、省略せずに預金通帳のとおり記入してください。

※4 届は市庁舎内の病院経営本部病院経営課または市民病院、脳卒中・神経脊椎センターのいずれかへ提出してください。

お問合せ先 〒231－0005

横浜市中区本町６丁目50番地の10 横浜市庁舎17階横浜市医療局病院経営本部病院経営課

電話045-671-4824

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院経営課使用欄 | 受付日 | 年 | 月 | 日 |
| システム処理日 | 年 | 月 | 日 |