

都道府県コード

--	--

医療機関コード(社会保険番号)

1							
---	--	--	--	--	--	--	--

令和 年 月 日

横浜市 鶴見 区長

口座振替依頼書(主治医意見書用)

介護保険「主治医意見書」の記入に関する意見書料は、次の預金口座への振込を依頼します。

医療機関名

〒

医療機関住所

医療機関電話番号

依頼人(代表者)氏名

印

(注)必ず捺印してください。

(注)依頼人と口座名義人が異なる場合には別紙委任状もご記入ください。

銀行

・ 振込先

信用金庫

信用組合

本店・支店

金融機関コード

--	--	--	--

支店コード

--	--	--

・ 種目 1 普通預金 2 当座預金

口座番号

--	--	--	--	--	--	--

(フリガナ)

・ 口座名義人

(注意)1 預金通帳名義と相違のないようにお願いします。

2 支店コード・預金種目・口座番号・フリガナを必ず記入してください。

3 銀行コードが不明な場合は、記入は結構です。

[illegible]