

記入例

支払金口座振替依頼書

備考
二 一

- ・本様式への記載内容は、当区における支払・収入事務以外には利用しません。
- ・訂正・削除等には訂正印を押印してください。ただし、※印の項目は訂正印を用いても訂正・削除等できません。

係 員	係 長	課 長

支払金の内容		公害健康被害補償給付											
振 込 口 座	金融機関	〇〇〇			銀行 信用金庫 信用組合		××			支店 出張所			
	預金種目	1 普通 2 当座			※口座番号 (右づめ)		1	2	3	4	5	6	7
	口座カナ	ｶﾞｼｶﾞｲｼﾔ ﾀｸﾎｹﾝｼｮ ﾀﾞｲｻﾞｳﾄﾘｼﾏﾘﾔｸ ﾀﾀ ﾀﾚ											
	※口座名義	株式会社 大田区保健所 代表取締役 大田 太郎											
私が今後大田区から受ける支払金については、取消しの申出をしない限り上記口座に振り込んでください。 (宛先) 大田区長 提出日 令和〇 年 〇月 〇日													
依頼人		郵便番号		〇〇〇-〇〇〇〇									
住所		東京都大田区蒲田5-13-14											
電話番号		(03) 〇〇〇〇-〇〇〇〇											
※氏 名		株式会社 大田区保健所 代表取締役 大田 太郎											
コード		9	8	7	6	5	4	3	医療機関名		大田コウガイホケン薬局 大森店		
所在地		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大田区大森□-□-□						電話番号		(03) 〇〇〇〇-〇〇〇〇			

記入上の注意

- 1 依頼人(医療機関開設者)名義の銀行口座に振り込むので、依頼人=口座名義人となります。
- 2 会社組織であれば「代表取締役印」又は「代表取締役個人印」(俗に認印といわれるものです。)また、いわゆる社判(〇〇薬局の印)は使用できません。
- 3 スタンプ印(シャチハタ)は使用不可です。朱肉を使った印鑑を使用してください。

担当課

年	月	日
---	---	---

係	員	係	長	課	長
---	---	---	---	---	---

--	--	--

- ・本様式への記載内容は、当区における支払・収入事務以外には利用しません。
- ・訂正・削除等には訂正印を押印してください。ただし、※印の項目は訂正印を用いても訂正・削除等はできません。

本様式は、同一年度間を通じて口座振替の依頼をする場合に使用してください。
本様式に使用する印は、請求書に使用するものと同一印にしてください。

支払金の内容

振	金融機関	銀行・信用金庫 信用組合	支店 出張所
---	------	-----------------	-----------

[illegible]

口座力ナ	
------	--

座	※口座名義	
---	-------	--

私が今後大田区から受ける支払金については、取消しの申出をしない限り上記口座に振り込んでください。

(宛先) 大田区長 提出日 年 月 日

依頼人	郵便番号	—
-----	------	---

住所	
----	--

電話番号	() —
------	-----------------------------

※氏 名	
------	--

印鑑

請求書に使用する印
スタンプ印等は不可

コード

医療機関名

所在地

電話番号

()