

公害 医療機関番号

※

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

口座振替申出書

平成 年 月 日

大阪市長様

フリガナ								
医療機関住所 (債権者)							郵便番号	

フリガナ			電話番号	
医療機関名			()	—

代表者名

印

公害健康被害の補償等に関する法律に係る医療費、
文書作成料、医学的検査料の支払いについて

標題の経費の支払いについては、今後、次の名義の預金口座に口座振替されるよう依頼します。

記

店番号

フリガナ			
振込先銀行名	銀行	支店	

預金種目	1 普通預金	口座番号					
(いずれか○印)	2 当座預金						
	3 別段預金						

フリガナ		
口座名義		

- 口座名義は債権者のものに限りません。
- 各欄のフリガナは必ず、記入してください。
- ※は記入しないでください。