公害医療機関番号

						―	

※記入しないでください。

口　座　振　替　申　出　書

令和　　年　　月　　日

（提出先）大阪市長

フ　リ　ガ　ナ		電　話　番　号
医療機関名		（　　）　　―
フ　リ　ガ　ナ		
医療機関住所		
		郵　便　番　号
		〒　　―

※病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション等

フ　リ　ガ　ナ		電　話　番　号
請求者名		（　　）　　―
フ　リ　ガ　ナ		
請求者住所		
		郵　便　番　号
		〒　　―

※医療機関と請求者が同一の場合もご記入ください。

請求代表者名

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 (いずれか○印)	1　普通預金 2　当座預金 3　別段預金	口　座　番　号								

フ　リ　ガ　ナ	
口座名義	

○口座名義は債権者のものに限ります。
○各欄のフリガナは必ず、記入してください。