

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	口座番号							
	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す。
○各欄のフリガナは必ず、記入してください。