令和　　年　　月　　日

支 払 金 口 座 振 替 登 録 依 頼 書（業者登録なし）

（宛先）中央区長

下記主管課の支払金は、次の口座に振り込んでください。

医 療 機 関 コード

所　　在　　地

医 療 機 関　名 称

代　表　者　氏　名

※　氏名欄は署名（法人の場合は代表者の署名又は記名押印）をしてください。
※　この振り込み口座の情報を中央区からのすべての振り込みに使用することに
　　□　同意する。　　□　同意しない。

1　依頼区分　　１：新規　　２：変更

2　カナ氏名　　←カタカナで記入

3　漢字氏名

4　郵便番号　　－　　7 電話番号　　8 ＦＡＸ番号

5　所在地

6　方書

9　摘要

10　金融機関ｺｰﾄﾞ　　11 金融機関名

12　支店ｺｰﾄﾞ　　13　支店名

14　口座名義ｶﾀｶﾅ　　←カタカナで記入してください

15　口座種別　　（1:普通　2:当座　）

16　口座番号

債権者コード　　（主管課記入欄）

中央区主管課　福祉保健部　健康推進課　給付　係　担当者＿＿＿＿＿＿　内線＿＿＿＿＿＿
（必ず記入してください）