

福祉医療費事務手数料振込銀行及び口座届

貴会に福祉医療費事務手数料の収納支払を委託した市町村に対する請求と受領に関し、下記のとおり振込銀行及び口座を指定します。

平成 年 月 日

柔道整復師 住所
氏名

印

長野県国民健康保険団体連合会理事長 様

受領委任取扱記号番号	契 20 □□□□□-0-0		柔道整復師コード	
(フリガナ)			郵便番号	□□□-□□□□
施術所名				
(フリガナ)			電話番号	— —
施術所所在地				
(フリガナ)			FAX番号	— —
柔道整復師氏名				
(フリガナ)			E-Mailアドレス	
預金名義人 (請求受領者)				
振込銀行	銀行	支店		
口座番号	普 ・ 当	番		

* 柔道整復師氏名欄の印鑑は支給申請書の印鑑を使用ください。

* 柔道整復師コードは記入しないでください。