

振込銀行指定届

保険者(市町)から支払を受ける施術に係る療養費につき貴会から受領することに同意し、次のとおり振込み銀行を指定します。

平成 年 月 日

佐賀県国民健康保険団体連合会 理事長 様

柔道整復師氏名

印

		契 約 番 号			
施術機関名称	(フリガナ)			電話	-
施術機関所在地	〒 -				
請求受領者 (預金名義人)	(フリガナ)				
所属団体名称	※団体に所属されている場合は記入してください。				
振込銀行	1.個人振込指定		2.所属団体あて指定		※1.2のいずれかを○で囲んでください。
	銀行		支店	口座番号	普通 当座
摘 要	平成 年 月分から				
	1.新規 4.振込銀行及び口座番号変更		2.名称変更 5.その他		3.所在地変更
※該当する番号を○で囲んでください。					

※預金名義人は、銀行に届けられているとおりに記入してください。