

届出書(振込銀行指定)

国民健康保険及び後期高齢者医療等の柔道整復療養費の受領について、次のとおり振込銀行を指定したのでお届けします。

平成 年 月 日

施術管理者氏名

印

愛媛県国民健康保険団体連合会

理事長 清水 裕 様

登録記号番号	契			登録年月日	大・昭・平 年 月 日		
(フリガナ)				施術機関コード			
施術所名称							
(フリガナ)							
施術所所在地	〒			電話番号			
				市外局番()			
(フリガナ)							
口座名義人							
振込指定銀行	銀行名	支店名	預金種目	口座番号			
			普通 当座				
備考	(新規の場合) 平成 年 月 施術分から指定します。 (銀行変更の場合) 平成 年 月末振込分から変更指定します。 注 15日までに届出の場合は、翌月末支払から変更となります。 16日以降の届出の場合は、当月の変更手続きが間に合いませんので、翌々月からの変更となります。ご注意ください。						

(お願い) 預金種目欄は該当の文字を○で囲んでください。