

## 支払金口座振替依頼書 (医療機関)

|                  |      |                    |  |      |  |            |  |               |
|------------------|------|--------------------|--|------|--|------------|--|---------------|
| 振込先金融機関          |      | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 |  |      |  |            |  | 本店            |
|                  |      | 金融機関コード:           |  |      |  |            |  | 支店コード:        |
| 振<br>込<br>口<br>座 | 預金種別 | 1 普通               |  | 2 当座 |  | ←○を付けてください |  |               |
|                  | 口座番号 |                    |  |      |  |            |  | ←右詰めで記入してください |
|                  | フリガナ |                    |  |      |  |            |  |               |
|                  | 口座名義 |                    |  |      |  |            |  |               |

品川区に対する請求金額は、上記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

年      月      日

医療機関コード

(フリガナ)  
医療機関名

郵便番号

所在地

代表者氏名

電話番号

品川区長 宛

**委任状** (医療機関名・代表者名と口座名義人が異なる場合ご記入ください)

年      月      日

私は、上記口座名義人を代理人と定め、品川区より支払われる下記の公金の受領の権限を委任します。

所      在      地

医療機関名・代表者氏名

※ 上の「医療機関名・代表者名」と同一で記入してください