

医療費等口座振替依頼書 [新規・解除・変更] (収・加)

(※該当のものを○で囲んでください。)

年 月 日

銀行・労働金庫
信用金庫・農協
信用組合

本・支店
出張所 御中
所

県立病院医療費	委託者名	岩手県立病院等事業管理者
---------	------	--------------

私が県立病院へ支払う医療費等を預金の口座振替により支払うことにしたいので下記により依頼します。

記

この医療費等口座振替依頼書は太枠内のみ記入ください

フリガナ													金融機関お届印	
預金者名														
支払指定口座(銀行等、ゆうちょ銀行の何れか一方にご記入ください。)														
銀行等			金融機関コード		支店コード		種目		口座番号(右づめで記入)					
	1 指定預金口座						1普通							
	2 解約						2当座							
	旧指定預金口座 (変更のときのみ記入)						1普通							
ゆうちょ銀行	項目コード	契約種別	金融機関コード		通帳記号		通帳番号(右づめで記入)							
	166	30	9900											
	振込口座番号		02220-4-53600 岩手県医療局											
*ご指定される預金口座名義と病院利用者名は一致するようお願いいたします。														
病院名											登録番号	- -		
病院利用者	住所	〒												
	フリガナ氏名												2枚目にも押印をお願いします。	
連絡先電話		自宅・勤務先												

(ご記入にあたっての留意事項)

- 1 県立病院から私が支払うべき医療費等の納入の通知が貴行に送付された場合には、私に通知しないで、所定の振替日に上記記載の指定預金口座から請求金額を払い出し、岩手県医療局の預金口座に振込んでください。
- 2 前記1については当座勘定約定書または普通預金規定にかかわらず、小切手の提出または普通預金払戻請求書の提出はいたしません。
- 3 預金口座の残高が所定振替日において納入通知書金額に満たないときは、当該納入通知書を返却されても異議ありません。
- 4 この取扱いについては、紛議が生じて私において責を負い貴行にご迷惑をかけません。
- 5 金融機関において必要と認めたときは、私の承諾を得ることなく口座振替を中止しても異議ありません。

金融機関記入欄 (不備返却事由) 1 預金取引なし 2 記載事項等相違 (店名、預金種目 口座番号、口座名義) 3 印鑑相違 4 その他	検印
	印鑑照合
	受付印

(取扱金融機関用)

様式第2号

医療費等口座振替依頼書 [新規・解除・変更]

年 月 日

銀行・労働金庫
信用金庫・農協
信用組合

本・支店
出張所 御中
所

県立病院医療費	委託者名	岩手県立病院等事業管理者
---------	------	--------------

私が県立病院へ支払う医療費等を預金の口座振替により支払うことにしたいので下記により依頼します。

記

フリガナ	
預金者名	

銀行等	1 指定預金口座	金融機関コード	支店コード	種目	口座番号(右づめで記入)
	2 解約			1普通	
	旧指定預金口座 (変更のときのみ記入)			2当座	
ゆうちょ銀行	項目コード	契約種別	金融機関コード	通帳記号	通帳番号(右づめで記入)
	1 6 6	3 0	9 9 0 0		
	振込口座番号 0 2 2 2 0 — 4 — 5 3 6 0 0 岩手県医療局				

病院名			登録番号	— —		
病院利用者	住所	〒				
	フリガナ					
	氏名					
連絡先電話	自宅 ・ 勤務先					

(病院登録等処理欄)

口座振替登録年月日

(不備等による再処理欄)

再処理登録年月日

病院受付印

(病院控用)

様式第3号

医療費等口座振替依頼書 [新規・解除・変更]

年 月 日

銀行・労働金庫
信用金庫・農協
信用組合

本・支店
出張所 御中
所

県立病院医療費	委託者名	岩手県立病院等事業管理者
---------	------	--------------

私が県立病院へ支払う医療費等を預金の口座振替により支払うことにしたいので下記により依頼します。

記

フリガナ	
預金者名	

銀行等	1 指定預金口座	金融機関コード	支店コード	種目	口座番号(右づめで記入)
	2 解約			1普通 2当座	
	旧指定預金口座 (変更のときのみ記入)			1普通 2当座	
ゆうちょ銀行	項目コード	契約種別	金融機関コード	通帳記号	通帳番号(右づめで記入)
	1 6 6	3 0	9 9 0 0		
	振込口座番号	0 2 2 2 0 — 4 — 5 3 6 0 0 岩手県医療局			

病院名			登録番号	— —		
病院利用者	住所	〒				
	フリガナ					
	氏名					
連絡先電話	自宅 ・ 勤務先					

(注) 医療費等口座振替は、申し込まれた翌月分からの口座振替となりますのでご了承願います。
なお、ご不明な点は、病院会計窓口まで申し出て下さい。

岩手県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
岩手県立〇〇病院
院長 〇 〇 〇 〇 公印

電話〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇(代表)

病院受付印

(病院利用者用)