

口座振替（変更）依頼書

大垣市から受ける支払金について、次の金融機関の口座に振り込みくださるよう依頼いたします。

金融機関の名称	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店
預金の種別及び 口座番号	当座 普通	預金 第 号
(フリガナ) 預金口座の名義		
備考		
令和 年 月 日 住所 依頼者 医療機関名 氏名 電話 () ー 大垣市長様		

※ 記入上の注意

- 金融機関の名称は、銀行・信用金庫等及び本・支店の別を記入してください。
- 預金の種別は、当座・普通預金いずれかに○印をつけてください。
- 預金口座名義は、支払請求書と同一の名義のものを記入してください。ただし、請求書の名義と異なる場合は、委任状を添付してください。
- 依頼者が法人の場合は、法人名及び代表者の職氏名を記入してください。
- この依頼書の有効期限は依頼日から1年とします。ただし、訂正、取消等の変更の申出がない場合は翌年も有効とし、以後有効期間満了の場合においても同様とします。
- ご不明な点等ありましたら、大垣市役所 国保医療課 福祉医療・後期医療グループ
0584-47-8140（直通）、0584-81-4111（内線 2486・2487）までお問い合わせください。