

様式第4号

医療費等口座振替承諾書 [新規・解除・変更]

岩手県立 病院長 殿

年 月 日

フリガナ		預金者印
預金者名		
住所		

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	1 指定預金口座 2 解約	金融機関コード	支店コード	種目	口座番号(右づめで記入)
	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

下記の振替対象者の医療費等の支払について、上記口座から支払うことを承諾します。

記

区分	振替対象者名 (生年月日)	続柄	病院使用欄	
新規	(フリガナ)			
解除			登録日	解除日
変更	生年月日(. .)	男・女		
新規	(フリガナ)			
解除			登録日	解除日
変更	生年月日(. .)	男・女		
新規	(フリガナ)			
解除			登録日	解除日
変更	生年月日(. .)	男・女		

(注) 医療費等口座振替は、申し込まれた翌月分から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。

(病院控用)

医療費等口座振替承諾書 [新規・解除・変更]

岩手県立 病院長 殿

年 月 日

フリガナ		預金者印
預金者名		
住所		

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	1 指定預金口座 2 解約	金融機関コード	支店コード	種目 1普通 2当座	口座番号(右づめで記入)
	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

下記の振替対象者の医療費等の支払について、上記口座から支払うことを承諾します。

記

区分	振替対象者名 (生年月日)	続柄	病院使用欄	
新規 解除 変更	(フリガナ)			
	生年月日(. .)	男・女	登録日	解除日
新規 解除 変更	(フリガナ)			
	生年月日(. .)	男・女	登録日	解除日
新規 解除 変更	(フリガナ)			
	生年月日(. .)	男・女	登録日	解除日
新規 解除 変更	(フリガナ)			
	生年月日(. .)	男・女	登録日	解除日

(注) 医療費等口座振替は、申し込まれた翌月分から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)

(病院利用者用)