

国保診療報酬取扱依頼書

ご記入日 令和 年 月 日

熊本県医師信用組合 御中

医療機関コード.....

ご住所

口座ご名義

印

お届け印

熊本県国民健康保険団体連合会より、上記医療機関コードに支払われる診療報酬を、私名義普通預金口座（No ）に振込み入金し、毎月自動差引のうえ下記預金振替及び、振込みの手続きをとられるようお願いいたします。

記

自動振替科目並びに金額（医師信用組合口座）

普通預金	円
納税準備預金	円
定期預金	円
定期積金	円
	円

振込指定銀行

振込先銀行	支店名

預金種類	口座番号	口座ご名義
1. 普通預金		フリガナ
2. 当座預金		
3		

検印	照印	受付