

社保診療報酬取扱依頼書

令和 年 月 日

熊本県医師信用組合 御中

医療機関コード _____

住 所

口座ご名義

(印)

お届印

社会保険診療報酬支払基金より、私名義普通預金口座（No _____）に振り込まれる診療報酬のうち、毎月自動差引のうえ下記預金振替または、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