

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

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