

施術者(医療機関)コード

医療費助成制度医療費 医療機関届

該当を○印で囲んでください。

[新規 ・ 変更]

※変更の場合、下記の変更事項のうち該当するものを○印で囲んでください。

- ・医療機関の名称
- ・所在地
- ・代表者名
- ・銀行口座
- ・口座名義人
- ・送付先

福岡市長

(令和 年 月 日届)

医療機関等の名称	フリガナ	
所在地	フリガナ 〒 - (TEL - -)	
代表者又は 施術者氏名	フリガナ	

福岡市から受領する令和 年 月請求(提出)分以降の標記医療費の振り込み先並びに支払通知書の送付先として、下記の口座並びに住所を申請します。

記

銀行口座	銀行名	銀行	本店 支店
	口座番号	普通	当座
	口座名義人	フリガナ	

送付先住所	ア. 医療機関等の所在地と同じ		イ. 下記の住所(記入してください)	
	〒 - (TEL - -)			
送付先氏名	ア. 施術者氏名と同じ		イ. 下記の氏名(記入してください)	

※該当を○印で囲んでください。イ. を選んだ場合は、その下に住所または氏名を記入してください。

福岡市処理欄

所属団体	支払先

パソコン登録	入力日	入力者