

要綱様式第 6 号

口座振替依頼書

令和 年 月 日

(あて先) 福岡市長

(依頼人) 指 定 番 号 第 号

施術所所在地 福岡市

施 術 所 名 称

開 設 者 氏 名
(電話) — —

福岡市から支給される国民健康保険及び後期高齢はりきゅう費を，下記の預金口座に
口座振替されるよう依頼します。

記

金融機関名	銀行・農協 金庫・組合 本店・支店 出張所
預金口座 (種 別)	普通・当座
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義	

- ※ この口座は，依頼名義人（または施術所）のものに限ります。
- ※ 通帳の写し（金融機関名，口座番号，口座名義人が確認できるページ）を1部添付してください。
- ※ 施術所所在地が依頼人の住所と異なるときは，住所及び電話番号を記載してください。

(電話) — —