振込口座届出書

【薬剤交付支援事業】

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

保険薬局コード（7桁）：

薬 局 名：

　　　　　〒

住　　所：

電話番号：

＜振込先口座情報＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行 | 本店支店 |
| 預金種別 | □普通預金　　　　□当座預金 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

　（お願い）可能な限り、東邦銀行の口座をご指定ください。

※　通帳の表紙の裏面の写し（口座番号等が記載されている面）を添付してください。

※　初回請求時にメールに添付して報告してください。