

検診等の請求に関わる事項の変更届

年 月 日

札幌市長様

所在地

医療機関名称

代表者氏名

印

下記の事項に変更がありましたので、お届けします。

変更事項	新	旧	変更年月日
医療機関コード			
所在地			
(フリガナ) 医療機関名称			
電話番号	TEL —	TEL —	
(フリガナ) 代表者氏名			
金融機関名			
支店名			
預金種目	1. 普通 2. 当座	1. 普通 2. 当座	
口座番号			
(フリガナ) 口座名義名			

※① 口座名義名は、通帳記載の名義を一字一句、正確に記載してください。

※② 口座名義名と医療機関名称や代表者氏名が異なる場合は、別途、委任状が必要になる場合があります。

※③ 不明な点については、札幌市保健福祉局ウェルネス推進部(Tel211-3514)までお問い合わせください。