

# 記入例・記入上の注意

関・薬局 コード  
○○○○○○

太枠内をご記入ください

## 支払金口座振替依頼書

担当課	
年 月 日	

公害調剤報酬請求書に記載する**薬局店舗名**と**振込口座名義**が異なる場合は、**キリトリ線**より下の**委任状**が必要となります。**切り取らずにご提出**ください。

本様式は、同一年度間を通じて口座振替の依頼をする場合に使用してください。本様式に使用する印は、請求書に使用するものと同一印にしてください。

支払金の内容		公害健康被害補償給付							
振込口座	金融機関	○○	銀行・信用金庫 信用組合	××	支店出張所				
	預金種目	① 普通 2 当座	※口座番号 (右づめ)	1	2	3	4	5	6
口座カナ		カブシキガイシャ オオタクヤクショヤツキョク							
※口座名義		株式会社 大田区保健所薬局							
私が今後大田区から受ける支払金については、取消しの申出をしない限り上記口座に振り込んでください。 (宛先) 大田区長 提出日 年 月 日 依頼人 郵便番号○○○-○○○ 住所 東京都大田区蒲田5-13-14 電話番号 03-○○○-○○○ ※氏名 株式会社大田区保健所薬局 代表取締役 大田太郎									



薬局名 大田コウガイホケン薬局 大森店

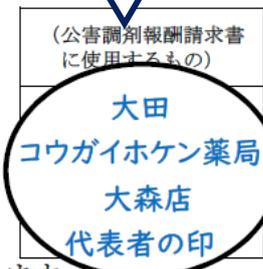
キリトリ ✕ 委任状

公害調剤報酬請求書に押印する印鑑(社判不可)

委任者:青字  
実際に請求をいただく調剤薬局の情報をご記入ください。

(委任者) 〒□□□-□□□□ 電話03-□□□□-□□□□  
 住所(所在地) 東京都大田区大森□-□-□  
 氏名(薬局名等)

大田コウガイホケン薬局 大森店



委任する場合は同一の印

私は下記のものを代理人と定め、公害調剤報酬の支払金の受領についての権限を委任します。

(受任者) 〒○○○-○○○ 電話03-○○○-○○○  
 住所(所在地) 東京都大田区蒲田5-13-14  
 氏名(商号・名称・代表者名等)

株式会社 大田区保健所薬局  
代表取締役 大田太郎



受任者=依頼人(口座):赤字  
依頼人(本社等)の情報をご記入ください。

太枠内をご記入ください

# 支払金口座振替依頼書

担当課		
年	月	日
係員	係長	課長

- ・本様式への記載内容は、当区における支払・収入事務以外には利用しません。
- ・訂正・削除等には訂正印を押印してください。ただし、※印の項目は訂正印を用いても訂正・削除等できません。

備考  
一 本様式は、同一年度間を通じて口座振替の依頼をする場合に使用してください。  
二 本様式に使用する印は、請求書に使用するものと同一印にしてください。

支払金の内容		公害健康被害補償給付					
振 込 口 座	金融機関	銀行・信用金庫 信用組合				支店 出張所	
	預金種目	1 普通 2 当座	※口座番号 (右づめ)				
	口座カナ						
	※口座名義						
私が今後大田区から受ける支払金については、取消しの申出をしない限り上記口座に振り込んでください。 (宛先) 大田区長 提出日 年 月 日							
依頼人		郵便番号		印鑑 請求書に使用する印 (スタンプ印等は不可)			
住所							
電話番号							
※氏名							

薬局名

キリトリ ✕

## 委任状

年 月 日

大田区長 様

(委任者) 〒 電話  
住所 (所在地)

氏名 (薬局名等)

(公害調剤報酬請求書  
に使用するもの)

印

私は下記のものを代理人と定め、公害調剤報酬の支払金の受領についての権限を委任します。

(受任者) 〒 電話  
住所 (所在地)

氏名 (商号・名称・代表者名等)

(受任者印)

印