

北広島市医療費助成事業に係る  
医療費及び請求事務手数料支払先指定金融機関届

医療機関コード	
医療機関名	
住所	〒
代表者名	印
電話番号	
F A X	

金融機関名	
支店名	本店 ・ 支店
種別	普通 ・ 当座 ・ その他
口座番号	
フリガナ	
名義人	

※ ゆうちょ銀行の場合は振込み専用口座を記載してください。