債権者登録及び口座振込申請書（新規・変更）

申請日　　年　　月　　日

福岡県後期高齢者医療広域連合長　様

福岡県後期高齢者医療広域連合からの支払については、下記により支払ってくださるよう
申請します。なお、記載内容を変更しない限り、毎年度下記の内容のとおり、お支払いください。

※債権者CD								

カナ索引	
フリガナ	
債権者名	印
郵便番号	――
電話番号	―― ――
住所	
住所方書	
支払区分	口座振込
金融機関名	※CD
支店名	※CD
口座種別	1. 普通 2. 当座
口座番号	←右詰で記入すること
フリガナ 口座名義人	

※【処理日】　　年　　月　　日

※は、記入しないでください
この様式で振込が可能なものは、銀行、信金、信組、農・漁協系金融機関のみです。
なお、印鑑が押されていない場合は処理できませんのでご注意ください。