振込口座届出書

【薬剤交付支援事業】

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局名 |  |
| 保険薬局コード　（10桁の数字を入力） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局所在地 | 〒 |

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局電話番号 |  |

＜振込先口座情報＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | |
| 支店名 |  |  |
| 預金種別 | 普通預金　　　　・　　　　当座預金  （〇で囲んでください） | |
| 口座番号 |  | |
| フリガナ |  | |
| 口座名義 |  | |