

川口市立医療センター

※医療センター専用債権者番号

債権者登録申請書(新規・変更)

(変更の場合も全て記入してください)

☐ 新規  
☐ 変更

新規

変更

(変更発生日: 年 月 日、変更事項:

)

債権者(申請者)

|                   |      |      |  |
|-------------------|------|------|--|
| 債権者名<br>(法人名・個人名) |      |      |  |
| 郵便番号              | —    |      |  |
| 住所                |      |      |  |
| 代表者職氏名            | (職名) | (氏名) |  |
| 電話                | —    | —    |  |

振込先金融機関

|                 |                |      |         |    |  |  |
|-----------------|----------------|------|---------|----|--|--|
| 振込先金融機関名<br>支店名 | 銀行<br>金庫<br>農協 |      |         | 支店 |  |  |
|                 | * 銀行コード        |      | * 支店コード |    |  |  |
| 預金種目            | 普通・当座          | 口座番号 |         |    |  |  |
| 口座名義(漢字)        |                |      |         |    |  |  |
| 口座名義(カナ)        |                |      |         |    |  |  |

(あて先)川口市病院事業管理者

医療センターからの支払金は上記口座に振込してください

※申請印と使用印は同一のものとしてください

申請者

住所

商号等

代表者

担当者

印

使用印(代金の請求:契約:受領印)

|         |     |
|---------|-----|
| 取り扱い担当課 |     |
| 所属長     | 担当者 |
|         |     |

|      |     |   |   |
|------|-----|---|---|
| 処理日  | 年   | 月 | 日 |
| 経理係長 | 処理者 |   |   |
|      |     |   |   |