# 川 口 市 立 医 療 セ ン タ ー
## 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）

※医療センター専用債権者番号

□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 | ― | ― | |
| ※適格請求書発行事業者登録番号 | | | 未登録 |

※登録のない場合は未登録に〇をつけてください

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

申請者

住所

商号等

代表者

担当者

| 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 |
| | |