

令和 年 月 日											
開放型病床利用による診療報酬振込依頼書											
釧路労災病院 御中											
氏 名		印									
診療報酬の振込を下記のとおり指定いたします。											
金 融 機 関 名 称	銀 行	店 名	店 名	店 番 号							
	信 託 銀 行										
	信 用 金 庫										
	信 用 組 合										
	そ の 他										
口 座 番 号 (右 詰 で 記 入)	普通預金 その他 () <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
フリカゝナ											
口 座 名 義 (本 人)											

注：店番号は、確認できる場合のみ記入して下さい。

※この振込依頼書は、開放型病床利用時に提出頂いてもかまいません。