（病院・振込先情報）　記入用紙

**妊・聴・歯**

**変更**

下記の様式に**全て**ご記入いただき、ご返送をお願いします。

※変更がない項目は（変更前）を空欄とし（変更後）にご記入ください。

（病院情報）　　　　　　　　　　記入者職・氏名：

|  |  |
| --- | --- |
| 変更日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 医療機関コード | （変更前） | 県コード | － | 医療機関コード（7桁） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （変更後or現在） | 県コード | － | 医療機関コード（7桁） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 病院名 | （変更前）　　　　　　　　　 |
| （変更後or現在） |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

（銀行口座）

|  |  |
| --- | --- |
| 変更日※ | 令和　　年　　月　　日 |
| 銀行名 | 　　　　　　　　　　　 | （銀行コード） |
| 支店名 |  | （支店コード） |
| 口座種別 | 普通　　　・　　　当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | ※右詰めで　記入ください |
| フリガナ | ※登録上必須です。 |
| 口座名義 |  |

　　※これ以降、新しい口座への振込を希望する日付をご記入ください。

公益財団法人ちば県民保健予防財団　妊婦・乳児/新生児聴覚事務担当

〒261-0002　千葉県千葉市美浜区新港32番地14　TEL：043-246-8649