

妊・聴・歯

変更

(病院・振込先情報) 記入用紙

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