

妊・聴・歯

新規・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、初回請求時にご同封をお願いします。
※漏れなくご記入ください。

(病院情報) 記入者職・氏名：

記入日	令和 年 月 日							
医療機関 コード	県コード		-	医療機関コード				
病院名								
住所	〒							
電話番号								

(銀行口座)

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							

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