（病院・振込先情報）　記入用紙

**新規・変更**

**妊・聴・歯**

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