

母子保健健康審査費請求に関する口座情報届

令和 年 月 日

沖縄県国民健康保険団体連合会 御中

母子保健健康審査費請求において、下記のとおり口座情報を提出いたします。

医療機関コード	4	7	1							
医療機関名称										
住所	〒									
	沖縄県									
電話番号										
フリガナ										
開設者名										
金融機関名										
支店名										
預金の種類	普通預金					当座預金				
口座番号										
フリガナ										
口座名義										

※預金通帳の「表面」と「口座名義人(カナ)面」の2か所の写しを添付してください。