口　座　振　替　申　込　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年　　月　　日

　群馬県知事　あて

　　　　　　　　　　 申込者情報記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　　所 | 〒 |
| 電　話　番　号 |  |
| 医 療 機 関 名 |  |
| 代表者職・氏名  (法人の場合は、法人名及び代表者職・氏名) |  |

　下記のとおり口座振替を申し込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振替金融機関名 | 銀行・組合  金庫・農協 | 本店・支店  本所・支所 |
| 預金の種別 | 普　通　　　 　　　当　座 　　　　　　その他 | |
| 口　座　番　号 |  | |
| フ　リ　ガ　ナ |  | |
| 口　座　名　義 |  | |
|

※振込先の口座は申込者本人の口座に限ります。（法人の場合は当該法人の口座に限ります。）