別紙１

外国人患者救急医療費補填事業

補填金振込口座届

令和　　年　　月　　日

公益社団法人群馬県医師会長　様

医療機関名

電話番号

担当者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　本店  金庫　　　　　　　　　　支店  信組　　　　　　　　　　支所 |
| 預金種目 | １．普　通　　　　　　　２．当　座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |