

川越市福祉3医療 医療機関登録申請書

年 月 日

所在地

申請医療機関等 名 称

連絡先

今後当方において、川越市から受ける福祉3医療（こども医療・ひとり親家庭等医療・重度心身障害者医療費）に係る支払金は、下記により振り込まれたく依頼します。

記

異動事由 <small>※該当するものに○をつけてください</small>	1 新規 2 変更（医療機関コード・住所・名称・代表者・振込先） 3 削除（理由： ）		
異動年月日	年 月 日		
医療 機 関 情 報	郵便番号	医療機関コード	
	所在地	(方書)	
	フリガナ	名称	
	フリガナ	代表者	
	師会 <small>(該当するものに○をつけてください)</small>	1 加入 川越市医師会／川越市歯科医師会／川越市薬剤師会 日本柔道整復師会／埼玉県柔道整復師会 その他（師会名称： ） 2 未加入	
	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店名 支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号
振 込 先 口 座	口座名義(カナ)	口座名義(漢字)	

【お問い合わせ先】

川越市役所

049-224-8811

(こども医療費・ひとり親家庭等医療費) こども政策課

内線 3574

処理完了日

(重度心身障害者医療費)

高齢・障害医療課

内線 3831
