平成　　年　　月　　日

銀行　　支店　　御中

支　払　委　託　書

私は下記内容の請求書を平成　　年　　月支払（　　月分）より貴行宛に送付させますので、社会保険診療報酬支払基金が私に支払うべき診療報酬金を私の口座に振り込まれたのち福岡県精神科病院協会が貴行に申出た金額を私の下記名義の口座から無印鑑で払出のうえ請求者へお支払い下さい。

尚、本取扱について生じた事故については、貴行に一切ご迷惑をおかけいたしません。

依頼者	医療機関コード	
	病院名（法人名）	
	電　話　番　号	（　　）　　－
	住　　所	〒
	氏　　名	㊞

銀行　　支店			
預金種目	**1．普通　2．当座**	**口座番号**	
口座名義	**（フリガナ）**		**銀行お届け印**

記

請 求 者	**福岡県精神科病院協会（福精協会）**
請求種目	**会　費**