別紙５

薬剤交付支援事業（配送料等の支援）

振込口座届出書

令和２年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

保険薬局コード

薬局名

所在地

**（振込先口座）**

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　本店　　　　　　　支店　　 |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 店番号 |  |  |  |
| 預金種別 | 普通預金　・　当座預金 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリカナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 |  |

**※通帳の表紙の裏面の写しを添付してください。**

**初回報告時に、メール・ＦＡＸ・郵送等で送付してください。**