

債権者登録（変更）申出書（病院事業会計用）

山形県病院事業管理者 殿

山形県病院事業の債権者として下記のとおり登録されるよう申し出ます。

住 所

氏名（団体・法人名 代表者氏名）

インボイス登録番号

令和 年 月 日提出

受付病院名	点検者印

※別紙「記入上の注意」をご覧のうえ
太線の枠内だけご記入願います。
(変更の場合は変更箇所のみご記入ください)

[処理区分]

データ区分	処理区分（該当する番号に○をつけてください）	債権者コード
4 0 1	1. 登録 2. 変更 3. 取消	

[取引種別]

C #	取引種別（該当する番号を選択する）
1	1. 債権者 2. 債務者

[住所]

C #	郵便番号	電話番号(市外局番からご記入ください)
2		

[名称]

C #	団体・法人名
3	

個人・代表者名

略称

[受領方法]（安全・確実な支払いのために、なるべく「1. 口座振込」を選択願います。）

C #	受領方法（希望する番号に○をつけてください）
4	1. 口座振込 2. 払込取扱票 3. 現金 4. 隔地 5. その他

[振込先口座]（以下、1. 口座振込の場合のみご記入下さい）

金融機関コード	店番号	金融機関名	本支店名

預金種別	口座番号
1. 普通 2. 当座 3. その他（ ）	

※金融機関によっては、口座番号が7ケタ未満場合があります。
口座番号が7ケタ未満の場合は右づめ記入し、空欄には「0」をご記入ください。
口座番号が7ケタを超える場合は、最初の7文字をご記入ください。

振込先口座の確認方法（次のいずれかを選択してください。）

- ☐ 金融機関による確認 ⇒ 右金融機関確認印欄に、金融機関の押印を受けてください。
- ☐ 通帳(写)等を添付 ⇒ 表紙及び見開き(カナ口座名義記載ページ)の写し等を添付してください。

口座名義人（カタカナでご記入ください）

※略語等を名義人として使用されている場合もありますので、記入にあつては御注意ください。

令和 年 月 日確認

※金融機関の方へ
口座情報に誤りがない場合、
確認印を押印願います。

金融機関確認印

※通帳表紙及び見開き(カナ口座名義記載ページ)の
写し等を添付した場合、金融
機関確認印は不要です。