

「負担軽減費の振込依頼書」の記入要領

「負担軽減費の振込依頼書」の記入にあたっては、以下の事項に留意されるようお願いいたします。また、記入された本情報は、振り込み以外の目的で利用させていただくことはありません。

1. 負担軽減費を受け取る方（口座名義人）の住所、氏名をお書きください。口座名義人が患者さんご本人でない場合は、患者さんとの続柄もお書きください。
2. 銀行、信用組合、信用金庫、農協等の口座（ゆうちょ銀行は振り込みできません）をご記入ください。
3. 振込口座名義には、必ずフリガナを書いてください。
4. 振込依頼書は返信用封筒に入れて返送してください。
5. 記入に際してご不明な点は、下記へお尋ねください。

〒329-0498

栃木県下野市薬師寺 3311-1

自治医科大学附属病院
臨床試験推進部

TEL 0285-58-7195 （平日 8:30～17:15）