訪問診療に関わる書類送付先

住所	〒　　－
氏名	ふりがな
連絡先	電話　　－　　－

＊訪問診療に関わる書類の送付に使用させて頂きます。

（請求書・領収書・同意書・書類の控え等）

お支払い先口座

①年金振込口座　　②その他銀行口座からの振込

上記①または②のいずれかを◯でお囲みください。口座振替依頼書を送付させていただきます。

医療法人社団　加音
瀬田西クリニック
TEL：077-545-5255
FAX：077－574－7500