

# 届 出 書

令和 年 月 日

函館市長 様

住 所

代表者氏名

(届出者氏名 )

私は、新たな函館市医療費助成制度における協定医療機関等を下記のとおり届け出ます。

医療機関コード

医 療 機 関 名

代 表 者 氏 名

住 所

電 話 番 号

振 込 口 座

銀行	支店	当座
金庫	支所	普通
フリガナ		
口座名義		
金融機関コード	—	

# 届 出 書

令和 年 月 日

函館市長 様

住 所

代表者氏名  
(届出者氏名 )

私は、新たな函館市医療費助成制度における協定施術機関等を下記のとおり届け出ます。

施術機関コード

施 術 機 関 名

代 表 者 氏 名

住 所

電 話 番 号

振 込 口 座

銀行	支店	当座
金庫	支所	普通
フリガナ		
口座名義		
金融機関コード	—	