

返金依頼書

下記の全項目にご記入後、ご提出をお願いいたします。

私は、費用として支払いました金額を下記の口座に払い戻しを依頼致します。

年 月 日

ID	
お名前(自署)	
電話番号	
ご住所	
返金事由	
返金額	費用¥()-返金手数料¥1,000=¥() ※お振込み金額は上記金額より、振込み手数料を差し引いた額となります。

返金先

金融機関名	銀行		
支店名			
支店コード			
預金種目	1 普通(総合)	2 当座	→該当の方を囲んで下さい
口座番号			
口座名義	フリガナ		

ご自身で1部お控えをお取りいただき、いずれかの方法でご提出下さい。

- ①原本を当院までご郵送
- ②クリニック受付窓口までご持参にてご提出
- ③PDFを添付してメール送信 (本文に診察券番号とお名前をご記載ください)

ご郵送/ご提出先	〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-8-10 はらメディカルクリニック 経理担当
メールアドレス	ask@haramedical.or.jp

承認欄	総務部	院長