

請求書兼支払金口座振替依頼書

令和 7 年 〇 月 × 日

東京都知事 殿

請求金額 金 2,472 円
(1 人 1,236 円 × 2 名分)

〇必ず押印してください。

ただし、東京都議会議員選挙における不在者投票郵送料として上記金額を請求します。(内訳は別紙のとおり)

捨印 印
(インク浸透印不可)

請求者
(依頼人)

所在地	〒 163-80XX 東京都新宿区西新宿2-8-×	
フリガナ	イリョウホウジンシャダン マルマルカイ マルマル	
施設名	医療法人社団 〇〇会 〇〇病院	
フリガナ	インチョウ	センキョ タロウ
請求者 (病院長等) 氏名・印	肩書き(病院長等) 院長	氏名 選挙 太郎

*「理事長」は不可

〇施設管理者(例:院長)の印又は私印が必要です。法人の代表者(理事長等)の印は認められません。
〇インク浸透印等は使用できません。

注意 1 請求者は、不在者投票管理者(病院長等)となります。
2 印は施設印ではなく、不在者投票管理者(病院長等)の公印または私印を使用して下さい。

※ 以下は口座振替による支払の場合のみ記入

東京都から私に支払われる東京都議会議員選挙における不在者投票により振り込んでください。

〇「支店コード」及び「種目」の記入漏れが非常に多くなっており、
ますので、ご注意ください。

振込先金融機関名	本・支店名	金融機関コード	支店コード	種目	口座番号(右詰めで記入)
〇〇〇 銀行・信用金庫 信用組合・農協	◇◇◇ 本店 (支店)	1 2 3 4 5 6 7		1. 普通 2. 当座	9 8 7 6 5 4 3
振込口座名義					
イ) マルマルカイ リジチョウ センキョ タロウ					
氏名 医療法人社団 〇〇会 理事長 選挙 太郎					

同一内容を記入
(委任状が必要な場合)

〇カタカナ及び氏名ともに通帳に記載のとおり、
ご記入ください。

※④請求者(依頼人)と⑤振込口座名義が異なる場合は、

委任	
不在者投票郵送料の受領権を下記の者に委任します。	
施設名	医療法人社団 〇〇会 〇〇病院
委任者 (請求者氏名・印)	肩書き(病院長等) 院長 選挙 太郎
受領者 (振込口座名義)	医療法人社団 〇〇会 理事長 選挙 太郎

(上記の「施設名」及び「委任者」欄には ④、「受領者」欄には ⑤ と同じ内容を転記してください。)

〇「施設(院)長」と「理事長」が同一人物であっても、肩書が異なるため、委任状が必要です。

同一内容を記入
(委任状が必要な場合)

振込口座名義を転記

事務担当者氏名	選挙 二郎
連絡先(電話番号)	03-5321-11XX