

払込取扱票

00																		
口座番号		百	十	万	千	百	十	番	金額	千	百	十	万	千	百	十	円	
00	160	2		7	4	3	4	18					0	0	0			
加入者名	歯科医療を守る国民運動推進本部								料金	特殊取扱								
通信欄	東日本大震災																	
ご依頼人	おところ(郵便番号)		〒000-0000 00 県00市00町00															受付局日附印
	おなまえ		0000 様															
	(電話番号)		00-000-0000															

裏面の注意事項をお読みください。(郵政事業庁)
 これより下部には何も記入しないでください。

払込金受領証

口座番号	00	160	2					
	百	十	万	千	百	十	番	
	7	4	3	4	1	8		
加入者名	歯科医療を守る国民運動推進本部							
金額	千	百	十	万	千	百	十	円
					0	0	0	
ご依頼人	おなまえ							
	0000 様							
料金	(消費税込み) 受付局日附印							
	円							
特殊取扱								

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。
 切り取らないで郵便局にお出しください。

各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。