

被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

氏名 健保 太郎

被保険者証 記号 〇〇〇
番号 〇〇〇〇

受取代理人変更届

受取代理人の変更について下記のとおり提出いたします。

記

被保険者(健保 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(△△病院) (以下「乙」という。)を代理人と定め、令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日付にて委任した出産育児一時金等の受領に関する権限について、乙に替えて、新たに医療機関等である(□□病院) (以下「丙」という。)を代理人として定め、これを委任します。

令和 〇〇年 〇〇 月 〇〇 日

甲の住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

氏名 健保 太郎



乙の所在地※ 〇〇県〇〇市△△町1-1

名称※ △△病院



電話 000 (0000) 0000

丙の所在地※ 〇〇県〇〇市□□町1-1

名称※ □□病院



電話 000 (0000) 0000

受取代理人に対する 支払金融機関	〇〇		銀行 金庫 信組	〇〇	店・本店 支店・出張所
	預金 種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	(フリガナ) □□ピョウイン □□病院

※「乙」・「丙」の所在地・名称については、それぞれ変更前の医療機関等・変更後の医療機関等にて記入・押印が必要です。