

被保険者 住所
 氏名 印
 被保険者証 記号
 番号

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() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)を代理人と定め、平成 年 月 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() (以下「丙」という。)を代理人として定め、これを委任します。 平成 年 月 日					
甲の住所 氏名 印					
乙の所在地 [※] 名称 [※] 印 電話 ()					
丙の所在地 [※] 名称 [※] 印 電話 ()					
受取代理人に対する 支払金融機関	銀行 金融 信組				
	預金 種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)

※「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。