被保険者	住所	
	氏名	
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

l .											
被保険	者				(以下「	甲」とい	う。) は、E	医療機	関等である		
(以下「Z	こ」という。)	を代理	人と定め)、令和		年	月	日作	 寸にて委任したと	出産育児-	一時金等の受領に関する
	ついて、乙に					ある					(以下「丙」という。)を
代理人と	:定め、これ	を委任	:します。								
令和	左	F	月	日							
	甲(被保	技保険者)の住所									
	氏名										_
	, 乙(医療	機関等)の所在	地							
		_									_
	名称										
<u>*</u> *	丙(新た	な医療	機関)の	所在地							
	名称	_									_
		•									
	理人に対						限行・金融 言金・信組				本店·支店 出張所
する支払金融機関		預金	1:普通	口座		11-		口座	(フリカ・ナ)		- Ve V// 1
		種別	2:当座	番号				名義			

※「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が必要です。