

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、令和 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
 代理人と定め、これを委任します。

令和 年 月 日

甲の住所 _____
 氏名 _____ (印)

※ { 乙の所在地 _____
 名称 _____ (印)
 丙の所在地 _____
 名称 _____ (印)

受取代理人に対 する支払金融機関	※振込先の口座について健保事務の関係上、ゆうちょ銀行は避けていただくようお願いします。			
	預金 種別	1: 普通 2: 当座	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。