

住所 〒000-0000
〇〇県〇〇市〇〇町1-1

被保険者名 健保 一郎



被保険者証 (記号) 〇〇〇 (番号) 〇〇〇〇

受取代理人変更届

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日に申請いたしました出産育児一時金等の受取代理申請について
下記の通り受取代理人を変更いたします。

記

申請者(健保 一郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(△△医院) (以下「乙」という。)を代理人と定め、平成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。

平成 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 一郎



乙の所在地 〇〇県〇〇市△△町1-1

名称 △△病院

印 電話 000 (000) 1234

丙の所在地 〇〇県〇〇市□□町1-1

名称 □□病院

印 電話 000 (000) 4321

受取代理人に対する
支払金融機関

〇〇	銀行・信金 農協・信組	〇〇	店・本店 支店 出張所
預金 種別	1:普通 3:別段 2:当座 4:通知	口座 番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
		口座 名義	(フリガナ) □□ピョウイン □□病院

(受付日付印)