

被保険者氏名

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

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

※乙の所在地 〒

名称

電話 ()

※丙の所在地 〒

名称

電話 ()

受取代理人「丙」に対する支払金融機関

金融機関	店名	預金種類	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。