日本電気健康保険組合　御中　　令和　　年　　月　　日

被保険者氏名

健康保険　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したします。

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。