

(申請者 ※) 住所
氏名
記号
被保険者証
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

申請者() (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。)を代理人として定め、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 ※※

丙の所在地 ※※

名称 ※※

印

電話 ()

印

電話 ()

受取代理人に対する 支払金融機関	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張 所	預金 種別	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知 5. 貯蓄
	信連 信漁連 農協 漁協	本所 支所 本店 支店		
口座番号		口座名義	(フリガナ)	

※ 「申請者」は被保険者となります。

※※ 「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。

発信者印

059E 古河電工健康保険組合