

被保険者 住所
氏名
被保険者証 記号
番号 印

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。)を代理人として定め、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 電話 ()						
丙の所在地※						
名称※ 印 電話 ()						
受取代理人に対する 支払金融機関	銀行 金融 信組					
	店・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	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。