

被保険者 住所 千葉県千葉市〇〇区〇〇町〇〇
氏名 京葉 太郎
被保険者証 記号 〇
番号 〇〇〇〇
事業所 名称 〇〇〇〇〇
所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇



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(京葉太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇×総合病院)(以下「乙」という。)を代理人と定め、令和 〇 年 〇 月 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(〇〇〇〇〇〇)(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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

甲の住所 千葉県千葉市〇〇区〇〇町〇〇
氏名 京葉 太郎

乙の所在地※ 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇
名称※ 〇×総合病院

丙の所在地※ 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇
名称※ 〇〇〇〇〇〇

電話 〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

電話 〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

受取代理人に対する 支払金融機関	〇〇〇〇					銀行 金融 信組	〇〇〇	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	〇〇〇〇	口座 名義	(フリガナ) 〇〇〇〇 〇〇〇〇	

※「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。