

(あて先) \_\_\_\_\_

(申請者<sup>※</sup>) 住所

氏名

印

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

<p>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、平成 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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>甲の住所</p> <p>氏名 印</p> <p>乙の所在地<sup>※※</sup></p> <p>名称<sup>※※</sup> 印 電話 ( )</p> <p>丙の所在地<sup>※※</sup></p> <p>名称<sup>※※</sup> 印 電話 ( )</p>					
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 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)

※ 「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。

※※ 「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。