

平成 年 月 日

塩野義健康保険組合理事長殿

被保険者 住所
氏名 (戸籍名) 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

申請者 () (以下「甲」という。) は、医療機関等である乙 () (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。) を代理人と定め、これを委任します。

平成 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・農協 金庫・信組 金融		本店・支店 出張所・店	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)	

※「乙」・「丙」の所在地・名称については、それぞれ変更前の一両期間等。変更後の医療機関等にて記入・押印が必要です。