

平成 ○年 ○月 ○日

塩野義健康保険組合理事長殿

救急搬送などにより、予定していた医療機関等以外で出産することになり、新たな医療機関等において受取代理制度を利用する場合で、受取代理人の変更に伴う申請取下げ及び再申請の時間的余裕がない場合に、新たに受取代理人となる医療機関を通じて、健保組合に提出してください。

被保険者 住所 大阪市中央区道修町 4-7-6
 氏名 塩野義 一郎
 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

申請者（ 塩野義 一郎 ）（以下「甲」という。）は、医療機関等である乙（ ×××××病院 ）（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（△△△△△クリニック）（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 大阪市中央区道修町 4-7-6

氏名 塩野義 一郎

印

乙の所在地*

医療機関で記入

名称*

印

電話 ()

丙の所在地*

医療機関で記入

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。

医療機関で記入