

令和 年 月 日

酒フーズ健康保険組合 御中

被保険者 住所

氏名

被保険者等の記号・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

被保険者() (以下「甲」という。) は、医療機関である ()
(以下「乙」という。) を代理人と定め、令和 年 月 日付け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。

令和 年 月 日

甲の住所

氏名

乙の所在地

名称

電話 ()

丙の住所

氏名

受取代理人に対する 支払金融機関	金融機関番号		金融機関名	
	支店番号		支店名	
	口座番号	(普通 ・ 当座)		
	フリガナ			
	口座名義			

「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が必要です。