令和〇年〇〇月〇〇日

酒フーズ健康保険組合　御中

印

被保険者 住所　東京都中央区新川〇－〇－〇

氏名　健保　一郎　印

被保険者証　記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇

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(　健保　一郎　)（以下「甲」という。)は医療機関等である(　埼玉産婦人科　)(以下「乙」という。)を代理人と定め、令和〇年〇〇月〇〇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(新川病院 院長一二 三郎)（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 年 〇 〇 月 〇 〇 日

甲の住所　東京都中央区新川〇－〇－〇

氏名　健保　一郎

※乙の所在地　埼玉県東西市南北区〇－〇－〇

名称　埼玉産婦人科

※丙の住所　東京都東西市南北区〇－〇－〇

氏名　新川病院 院長 一二 三郎

受取代理人に対する支払金融機関	金融機関番号	〇〇〇〇	金融機関名	〇〇銀行
	支店番号	〇〇〇	支店名	〇〇支店
	口座番号	(普通 ・ 当座) 〇〇〇〇〇〇〇		
	フリガナ	シンカワビヨウインインチヨウイチサブロウ		
	口座名義	新川病院　院長一二 三郎		

※「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。