

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

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

被保険者( ) (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、令和 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。

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・押印が必要です。





