

令和 年 月 日

酒フーズ健康保険組合 御中

被保険者 住所 東京都中央区新川 - -

氏名 健保 一郎

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( 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 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( 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 年 月 日

甲の住所 東京都中央区新川 - -

氏名 健保 一郎

乙の所在地 埼玉県東西市南北区 - -

名称 埼玉産婦人科

丙の住所 東京都東西市南北区 - -

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		金融機関名	銀行
	支店番号		支店名	支店
	口座番号	(普通・当座)		
	フリガナ	シンカワビヨウインインチョウウイチサブロウ		
	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。