

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

山崎製パン健康保険組合 殿

被 保 険 者 情 報	記号・番号	16 01 - 123456	被保険者氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎
	被保険者 住所	〒 000 - 0000		生年月日
		東京都〇〇区 1-2-3		昭和・平成・令和
		☎ 00 - 0000 - 0000		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

出産育児一時金 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「甲」(健康 太郎)は、医療機関等である「乙」(〇〇〇病院)を代理人と定め、令和 〇〇 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、新たに医療機関である「丙」(×××病院)を代理人として定め、これを委任します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

甲 の 住 所	東京都〇〇区 1-2-3
氏 名	健康 太郎
乙の所在地	東京都〇△区 1-1
※ 名 称	〇〇〇病院 ☎ 03 - 0000 - 0000
丙の所在地	東京都〇〇市 5-5
※ 名 称	×××病院 ☎ 000 - 000 - 0000

受取代理人に対する 支 払 金 融 機 関	〇〇〇 銀行 〇〇〇〇 支店 普 当・No	1	2	3	4	5	6	7
	名義人(カタカナ)	バツバツバツビョウイン						

※ 「乙」・「丙」の所在地、名称については、それぞれ変更前・変更後の医療機関等にて記入が必要です。