

令和 年 月 日

山崎製パン健康保険組合 殿

被 保 険 者 情 報	記号・番号	16 -	被保険者氏名	フリガナ
	被保険者 住所	〒 -		生年月日
		☎ - -		昭和・平成・令和 年 月 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」()は、医療機関等である「乙」()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、新たに医療機関である「丙」()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 ☎ - - 丙の所在地 ※ 名 称 ☎ - -									
受取代理人に対する 支 払 金 融 機 関	銀行			支店	普・当・No				
	名義人(カタカナ)								

※ 「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。