

令和〇〇年〇〇月〇〇日

船場健康保険組合理事長殿

被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

氏名 健保 太郎



被保険者証 記号 〇〇〇  
番号 〇〇〇〇

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

申請者( 健保 太郎 ) (以下「甲」という。)は、医療機関等である( △△病院 ) (以下「乙」という。)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、新たに医療機関等である( □□病院 ) (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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

甲の住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1  
氏名 健保 太郎

乙の所在地\* 〇〇県〇〇市△△町1-1  
名称\* △△病院

電話 000 ( 000 ) 0000

丙の所在地\* 〇〇県〇〇市□□町1-1  
名称\* □□病院

電話 000 ( 000 ) 0000

受取代理人に対する支払金融機関	〇〇〇		銀行 金庫 信組	〇〇〇	店・本店 支店・出張所
	預金種別	①普通 2:当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	口座名義 (フリガナ) □□□□ピョウイン □□病院

※「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。