

大平洋金属健康保険組合 御中

被保険者 住所 東京都豊島区駒込〇—〇—〇
(申請者) 氏名 大平 健太
被保険者証 記号 18
番号 1234

印

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(大平 健太)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇レディースクリニック)(以下「乙」という。)を代理人と定め、平成〇〇年5月10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(〇〇病院)(以下「丙」という。)を代理人として定め、これを委任します。

平成〇〇年6月1日

甲(被保険者)の住所 東京都豊島区駒込〇—〇—〇

氏名 大平 健太

印

乙の所在地※ 千葉県習志野市東習志野〇—〇—〇

名称※ 〇〇レディースクリニック

印

電話 047(〇〇〇)〇〇〇〇

丙の所在地※ 東京都豊島区池袋〇—〇—〇

名称※ 〇〇病院

印

電話 03(〇〇〇〇)〇〇〇〇

受取代理人に
対する支払金
融機関預金
種別1:普通
2:当座
3:別段4:通知
5:貯蓄口座
番号

8901234

口座
名義(フリガナ) 〇〇ビョウイン
〇〇病院銀行
金融
信組店・本店
支店)出張所

※「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。