

大太平洋金属健康保険組合 御中

被保険者 住所  
(申請者) 氏名

印

被保険者証 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

申請者( ) (以下「甲」という。)は、医療機関等である( ) (以下「乙」という。)を代理人と定め、平成 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( ) (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 年 月 日

甲(被保険者)の住所  
氏名 印

乙の所在地※  
名称※ 印 電話 ( )

丙の所在地※  
名称※ 印 電話 ( )

受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金融 信組		店・本店 支店・出張所	
	預金 種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号	口座 名義 (フリガナ)

※「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。