

(様式)

令和 年 月 日

(あて先) \_\_\_\_\_

(申請者※) 住所

氏名

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通り提出いたします。

#### 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、令和 年 月 日付けにて委任した出産育児一時金等の受療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。

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 金庫 信組		店・本店 支店・出張 所
	預金 種別	口座 番号	口座 名義 (別添)

※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は、世帯主又は組合員となります。

※※「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。