

年 月 日

東プレ健康保険組合御中

(申請者※) 住所

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、 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。				
年 月 日				
甲の住所				
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	預金 種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所
	口座 番号		口座 名義	(フリガナ)

※ 「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。