

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	銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所				
	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	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。