

(あて先) _____

被保険者住所

氏名

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

乙の所在地※

名称※

電話 ()

丙の所在地※

名称※

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 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が必要です。