

大間町長 金澤満春 殿

(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、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 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段 | 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。