

令和〇〇年〇〇月〇〇日

山崎製パン健康保険組合 殿

被保険者証
記号・番号 1601-123456

被保険者 〒000-0000
住所 東京都〇〇区××1-2-3
氏名 健康 太郎
TEL 000-000-0000

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

被保険者「甲」(健康 太郎)は、医療機関等である「乙」(〇〇病院)を代理人と定め、令和〇〇年〇〇月〇〇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、新たに医療機関である「丙」(××病院)を代理人として定め、これを委任します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

甲の住所 東京都〇〇区××1-2-3

氏名 健康 太郎

乙の所在地 東京都〇〇区△△町5-6-7

名称 〇〇病院

TEL 000-000-0000

丙の所在地 東京都××市〇〇2-8

名称 ××病院

TEL 000-000-0000

受取代理人に対する
支払金融機関

〇〇〇〇銀行

〇〇〇〇支店

普・当・No

7

6

5

4

3

2

1

名義人(カタカナ)

バツバツビョウイン

「乙」・「丙」の所在地、名称については、それぞれ変更前・変更後の医療機関等にて記入、押印が必要です。