

令和 年 月 日

山崎製パン健康保険組合 殿

被保険者証
記号・番号 16 —

被保険者 住所

氏名

TEL

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」()は、医療機関等である「乙」()を代理人と定め、令和 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、新たに医療機関である「丙」()を代理人として定め、これを委任します。

令和 年 月 日

甲の住所

氏名

乙の所在地

名称

TEL

丙の所在地

名称

TEL

受取代理人に対する
支払金融機関

銀行

支店

普・当・No

名義人(カタカナ)

「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が必要です。