

令和 年 月 日

(あて先) トーエネック健康保険組合

(申請者) 住所
氏名
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。

令和 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 ()

受取代理に対する 支払金融機関	銀行 金融 店・本店					
	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)

※ 申請者は被保険者となります

※ 「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が必要です。