

令和 年 月 日

塩野義健康保険組合理事長殿

〒

被保険者 住所： _____

氏名（戸籍名）： _____

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、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、新たに医療機関等である（ ）（以下「丙」という。）
を代理人と定め、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（ ）

受取代理人に対する 支払金融機関	銀行・農協 金庫・信組 金融		本店・支店 出張所・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	(7桁)	

※ 「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。