

記入例

令和 * 年 * 月 * 日

塩野義健康保険組合理事長殿

救急搬送等により、予定していた医療機関等以外で出産することになり、新たな医療機関等において受取代理制度を利用する場合など、受取代理人の変更に伴う申請取下げおよび再申請の時間的余裕がない場合には、新たに受取代理人となる医療機関等を通じて、健保組合に提出してください。

被保険者 住所： 〒 * * * * - * * * *
* * 市 * * 区 * * 町 * - * *
氏名（戸籍名）： 健保 一郎
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（ 健保 一郎 ）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（ * * * * 病院 ）（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（ * * * * ディスクリニク ）（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 * * 市 * * 区 * * 町 * - * *

氏 名 健保 一郎

乙の所在地※ 医療機関で記入

名 称※ 電話 ()

丙の所在地※ 医療機関で記入

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	医療機関で記入	口座名義	(フリガナ)	

※ 「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。