

令和 年 月 日

飯野健康保険組合宛

(被保険者)住所

氏名

印

(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通り提出致します。

### 記

被保険者( ) (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。)を代理人として定め、これを委任します。						
令和 年 月 日						
甲の住所						
氏名					印	
乙の所在地						
名称					印	電話 ( )
丙の所在地						
名称					印	電話 ( )
受領代理人に対する支払金融機関	銀行 金融 信組					
	預金種別		口座番号		(フリガナ) 口座名義	支店 ・ 本店

「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・押印が必要です。