

日本年金機構健康保険組合

被保険者
(申請者) 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。)を代理人として定め、これを委任します。

令和 年 月 日

・ 甲(被保険者)の住所

氏名 印

・ 乙(代理人)の所在地

医療機関等の名称

氏名 印 電話 ()

・ 丙(代理人)の所在地

医療機関等の名称

氏名 印 電話 ()

| | | | | | | | | |
|---------------------|----------|-------------------------|----------------|----------|--|--|----------|----------|
| 受取代理人に対する 支払金融機関 | 銀行・金庫・信組 | | | | | | | 本店 支店 |
| | 預金 種別 | 1. 普通 2. 当座 3. 別段 | 4. 通知 5. 貯蓄 | 口座 番号 | | | 口座 名義 | (フリガナ) |

※「乙」及び「丙」の所在地・名称等については、それぞれ変更前・変更後の医療機関等にて記入・押印が必要です。