

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

受付月日

事業主健保所管箇所		
長	長	担当者

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します。

記

被保険者番号		生年月日	
被保険者 氏名	(フリガナ)	被保険者 所属	
被保険者 住所	(フリガナ)		

甲()は、医療機関等である乙()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丙()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 ㊟

乙(旧代理人)の所在地※
名称※ ㊟
電話 ()

丙(新代理人)の所在地※
名称※ ㊟
電話 ()

受取代理人に対する支払金融機関の欄		※甲・乙・丙共に、自筆の場合は押印を省略できます。	
金融機関名	店名	預金種別	口座番号
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。