

(あて先) MBK連合健康保険組合

被保険者 住所 〇県△市□□□…

氏名 健保 正

被保険者証 記号 100
番号 999

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

被保険者(健保 正)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(◎◎産婦人科医院)(以下「乙」という。)を代理人と定め、令和〇〇年〇〇月△△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(●●病院)(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 〇〇県〇〇市△△…

氏名 健保 正

乙の所在地^{※※} 〇〇県〇〇市△△…

名称^{※※} ◎◎産婦人科医院 電話 XXX (XXXX) XXXX

丙の所在地^{※※} 〇〇県〇〇市△△…

名称^{※※} ●●病院 電話 XXX (XXXX) XXXX

受取代理人に対する支払金融機関	●●●●			銀行 金融 信組	■■■	店・本店 支店・出張所
	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	XXXXXXXX	口座名義
				(フリガナ)	クロマルビョウイン インチャウ クロシカク	●●病院 院長 ■■■

※「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。