

常務理事	事務長	担当者

令和 年 月 日

日揮健康保険組合 理事長 殿

出産育児一時金等受取代理人変更届

受取代理人の変更について、下記のとおり届け出します。

記

① 被保険者証の	記号		番号	
② 所属事業所名称				
③被保険者 (申請者)	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒 -		
④被保険者 () は、申請時の医療機関である () (以下「変更前医療機関」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、新たに医療機関である () (以下「変更後医療機関」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				
被保険者	住所			
	氏名			印
変更前	所在地			
医療機関	名称		TEL ()	印
変更後	所在地			
医療機関	名称		TEL ()	印
⑤変更後の 受取代理人の 振込金融機関	銀行 信金 信組 組合		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	口座 名義 (フリガナ)

事業所 担当者印

受付日付印