

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

〔記入例〕

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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           | 〇〇〇            |
| ② 所属事業所名称  | 〇〇〇〇株式会社  |  |              |                |
| ③被保険者<br>(申請者)   | フリガナ      | ニツキ タロウ  |              |                |
|  | 氏名        | 日揮太郎   |              |                |
|  | 住所        | 〒123-4567<br>横浜市西区〇〇〇〇町〇-〇-〇<br>〇〇〇〇マンション〇〇〇号室 |              |                |
| ④被保険者(日揮太郎)は、申請時の医療機関である(〇〇〇〇〇産婦人科)(以下「変更前医療機関」という。)を代理人と定め、令和〇〇年〇〇月〇〇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(△△△△△産科クリニック)(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。 |           |  |              |                |
| 令和〇〇年〇〇月〇〇日  |           |  |              |                |
| 被保険者   | 住所        | 横浜市西区〇〇〇〇町〇-〇-〇 〇〇〇〇マンション〇〇〇号室                 |              |                |
|  | 氏名        | 日揮太郎   |              |                |
| 変更前<br>医療機関  | 所在地<br>名称 | 変更前医療機関(出産予定医療機関) 記入欄<br>TEL ( )               |              |                |
| 変更後<br>医療機関  | 所在地<br>名称 | 変更後医療機関(出産予定医療機関) 記入欄<br>TEL ( )               |              |                |
| ⑤変更後の<br>受取代理人の<br>振込金融機関  | 預金<br>種別  | 1:普通<br>2:当座<br>3:別段                           | 4:通知<br>5:貯蓄 | 口座<br>番号       |
|  |           |  |              | 口座<br>名義       |
|  |           |  |              | (フリガナ)         |
|  |           |  |              | 銀行 信金<br>信組 組合 |
|  |           |  |              | 店・本店<br>支店・出張所 |

|             |
|-------------|
| 事業所<br>担当者印 |
|             |

受付日付印