（様式3）

令和　　年　　月　　日

キリンビール健康保険組合　御中

（被保険者）住所

自署の場合は捺印省略可

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

（被保険者等）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

甲の住所

氏名

乙の所在地※

名称※　　電話　（　　）

丙の所在地※

名称※　　電話　（　　）

受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所				
	預金種別	1:普通　4:通知 2:当座　5:貯蓄 3:別段	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。