

麒麟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 _____ 印

(被保険者証) 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

<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲の住所</p> <p>氏名</p> <p>乙の所在地[※]</p> <p>名称[※] 電話 ()</p> <p>丙の所在地[※]</p> <p>名称[※] 電話 ()</p>					
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 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	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。