

麒麟ビール健康保険組合 御中

(被保険者) 住所

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

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

印

乙の所在地<sup>※</sup>

名称<sup>※</sup>

印

電話

( )

丙の所在地<sup>※</sup>

名称<sup>※</sup>

印

電話

( )

受取代理人に  
対する支払金  
融機関

預金  
種別

1:普通 4:通知  
2:当座 5:貯蓄  
3:別段

口座  
番号

銀行  
金庫  
信組

口座  
名義

(フリガナ)

店・本店  
支店・出張所

※「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・押印が必要です。