

(あて先) MBK連合健康保険組合

被保険者 住所 ○○県○○市△△・・・

氏名 健保 太郎

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

被保険者(健保 太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(○○○○病院)(以下「乙」という。)を代理人と定め、平成 ○○ 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(□□□□病院)(以下「丙」という。)を代理人として定め、これを委任します。

平成 ○○ 年 □□ 月 △△ 日

甲の住所 ○○県○○市△△・・・

氏名 健保 太郎

印

乙の所在地^{※※} ○○県○○市△△・・・

名称^{※※} ○○○○○○

印

電話 ○○(□□□□) △△△△

丙の所在地^{※※} ○○県○○市△△・・・

名称^{※※} □□□□□□

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

○○○○○○○○

口座
名義

銀行
金融
信組
(フリガナ) シカクシカクシカクシカクビョウイン
店・本店
支店・出張所
□□□□病院

※「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。