

(あて先) MBK連合健康保険組合

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

<p>被保険者() (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、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() (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>平成 年 月 日</p> <p>甲の住所</p> <p>氏名 印</p> <p>乙の所在地^{※※}</p> <p>名称^{※※} 印 電話 ()</p> <p>丙の所在地^{※※}</p> <p>名称^{※※} 印 電話 ()</p>					
受取代理人に対する支払金融機関			銀行 金融 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・押印が必要です。