

(あて先) ダスキン健康保険組合 御中

記入例

(申請者※) 住所 000-0000
〇〇県〇〇市〇〇-〇
氏名 健保 太郎
被保険者 記号 123
番号 〇〇〇〇

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(健保 太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇病院)(以下「乙」という。)を代理人と定め、令和 〇〇年 〇〇月 〇〇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。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

甲の住所 〇〇県〇〇市〇〇-〇

氏名 健保 太郎

乙の所在地※※

名称※※ 〇〇県〇〇市〇〇-〇
〇〇病院

電話 0000 (0000) 0000

丙の所在地※※

名称※※ △△県△△市△-△△-△
△△病院

電話 00 (0000) 0000

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

※ 「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。
※※ 「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。