

(様式3)

理事長	常務理事	事務長	担当者

令和 年 月 日

科研製藥健康保險組合 理事長 殿

(申請者※) 住所

氏名 印

被保険者証 記号
番号

受取代理人變更届

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、これに委任します。					
令和 年 月 日					
甲の住所					
氏名 ⑩					
乙の所在地**					
名称** ⑩ 電話 ()					
丙の所在地**					
名称** ⑩ 電話 ()					
受取代理人に対する支払金融機関	☐ 銀行 ☐ 本店				
	☐ 金庫 ☐ 支店				
	☐ 信組 ☐ 出張所				
預金種別	☐ 普通 ☐ 通知 ☐ 当座 ☐ 貯蓄 ☐ 別段	口座番号		口座名義	(フリガナ)

※「申請者」は被保険者となります。
 ※※「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。