理事長	常務理事	事務長	担当者

令和 00 年 00 月 00 日

科研製薬健康保険組合 理事長 殿

(申請者※) 住所 〒 000 - 0000
東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号
氏名 健保 太郎 (健保) 印
被保険者証 記号 10
番号 0000

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(代理マタニティクリニック)(以下「乙」という。)を代理人と定め、令和 00 年 00 月 00 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(安全マタニティクリニック)(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 00 年 00 月 00 日						
甲の住所		東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号				
氏名		健保 太郎 (健保) 印				
乙の所在地**		東京都文京区本駒込〇丁目〇〇番〇〇号				
名称**		代理マタニティクリニック (代理マタニティクリニック) 印		電話	00 (0000) 0000	
丙の所在地**		東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号				
名称**		安全マタニティクリニック (安全マタニティクリニック) 印		電話	00 (0000) 0000	
受取代理人に対する支払金 融機関	南青山第一		☒ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 信組	南青山		☐ 本店 ☒ 支店 ☐ 出張所
	預金 種別	☒ 普通 ☐ 通知 ☐ 当座 ☐ 貯蓄 ☐ 別段	口座 番号	1234567	口座 名義	(フリガナ) アンゼン ダイイチ 安全 第一

※「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。