（様式3）

令和　　年　　月　　日

（あて先）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（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

申請者（　　）（以下「甲」という。）は、医療機関である（　　）（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、これを委任します。

令和　　年　　月　　日

甲（被保険者）　住所

氏名　　印

乙（変更前代理人）　所在地

名称　　印　　電話　　（　　）

丙（変更後代理人）　所在地

名称　　印　　電話　　（　　）

受取代理人に対する支払金融機関	銀行 農協 金庫 信組					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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)

※「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。