

セキスイ健康保険組合 御中

セキスイ健康保険組合の記号・番号
()

被保険者 住 所 〒 —
(申請者)

氏 名

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、これを委任します。

令和 年 月 日

甲の住所 〒 —

氏名

乙の所在地※ 〒 —

名称※

電話 ()

丙の所在地※ 〒 —

名称※

電話 ()

受取代理人 (丙) に対する支払金融機関の欄

金融機関名	店 名	預金種別	口座番号	口座名義
		普・当		(フリガナ)
	(店番号 :)			

※「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が必要です。