

被保険者氏名 (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

被保険者( ) (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、平成 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。)を代理人と定め、これを委任します。

平成 年 月 日

甲の住所 〒

氏名 (印)

※乙の所在地 〒

名称 (印) 電話 ( )

※丙の所在地 〒

名称 (印) 電話 ( )

受取代理人「丙」に対する支払金融機関			
金融機関	店名	預金種類	口座番号

口座名義(フリガナ)

※「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。