

平成 年 月 日

伊藤忠健康保険組合 宛

申請者（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。

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

（ ）

受取代理人に対する 支払金融機関	銀行・信組・（ ）			本店・支店・（ ）		
	預金 種別	1：普通・3：別段 2：当座・4：通知	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。