

令和 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、令和 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。

令和 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。