

令和 年 月 日

大王製紙健康保険組合

被保険者証記号・番号

申請者住所

氏名

印

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。

申請者甲（ ）は、医療機関である乙（ ）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の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丙（ ）を代理人と定め、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の欄

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
ふりがな 銀行 金庫 農協	ふりがな 本店 支店	1.普通 2.当座		ふりがな

大王製紙健康保険組合