

令和 2年 10月 1日

大王製紙健康保険組合

被保険者証記号・番号 8 ・ 1234

申請者住所 愛媛県四国中央市三島朝日12-34

氏名 健保 太郎 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（ 健保 太郎 ）は、医療機関である乙（ ○○病院 ）を代理人と定め、令和 元年 10月 1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（ ××病院 ）を代理人と定め、これを委任します。

令和 2年 2月 10日

甲の住所 愛媛県四国中央市三島朝日12-34

氏名 健保 太郎

健保

乙の所在地 愛媛県四国中央市川之江町12-3

名称 ○○病院

印

電話0123（ 45 ） 6789

丙の所在地 愛媛県四国中央市土居町12-345

名称 ××病院

印

電話9876（ 54 ） 3210

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 愛媛 銀行 金庫協 | ふりがな 本店 土居 支店 | 普通 2.当座 | 1 2 3 4 5 6 7 | ふりがな ××病院 院長 |

大王製紙健康保険組合