

住所
申請者
(被保険者) 氏名
被保険者等
記号 番号

出産育児一時金受取代理人変更届

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
乙の所在地 〒 -
名称
電話番号 ()
丙の所在地 〒 -
名称
電話番号 ()

受取代理人に 対する 支払金融機関	金融機関名 (No.) 銀行 信金 信組 農協	店名 (No.) 本店 支店 出張所	預金種別 普通 当座	口座番号	口座名義人 (カタカナ)

※ 「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が必要です。

備考欄(注)	
--------	--

(注)被保険者等記号・番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。