令和 年 月 日

東京アパレル健康保険組合 殿

被保険者 住所 〒 ー
(申請者)

氏名
記号
被保険者証 番号

受取代理人変更届

受取代理人について下記のとおり変更いたします。

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等の受領に関する権限について、乙に替えて、新たな医療機関等である () (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 (被保険者) の住所						
氏名						
乙 (代理人) の所在地						
名称						
電話 ()						
丙 (代理人) の所在地						
名称						
電話 ()						
受取代理人に対する支払金融機関	銀行・信金 信組・農協			店・本店 (店番) 支店・出張所		
	預金 種別	普通・通知 当座・貯蓄	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が必要です。