

(申請者※) 住所

氏名

記号

被保険者

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等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

※※

丙の所在地

※※

名 称

※※

印

電話

()

印

電話

()

受取代理人に対する 支払金融機関	銀行 金庫 信組			本店 支店 出張所	預 金 種 別	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知 5. 廉蓄
	信連 信漁連 農協 漁協			本所 支所 本店 支店		
	口座番号	口座名義 (フリガナ)		

※ 「申請者」は被保険者となります。

※ 「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。

※ ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。

発信者印