

(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

信連  
信漁連  
農協  
漁協

本所  
支所  
本店  
支店

預金  
種別

1. 普通  
2. 当座  
3. 別段  
4. 通知  
5. 貯蓄

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