

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 鳥取県市町村職員共済組合

(申請者※) 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇

氏名 ○○○○

被保険者 記号 〇〇〇〇
番号 〇〇〇〇

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(〇〇〇〇)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇〇〇〇〇)(以下「乙」という。)を代理人と定め、令和〇〇年〇〇月〇〇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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

甲の住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇

氏名 ○○○○

乙の所在地※※ 〇〇〇〇〇〇〇〇〇

名称※※ 〇〇〇〇〇〇

電話 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇

丙の所在地※※ △△△△△△△

名称※※ △△△△△△△

電話 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇

受取代理人に対する支払金融機関	丙の医療機関等が記入してください。					銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所
	預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号		口座名義 (フリガナ)		

※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。

※※「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が必要です。