

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

氏名 〇 〇 〇 〇

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

氏名 〇 〇 〇 〇

乙の所在地※※ 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。