

小野薬品健康保険組合理事長 殿

(申請者) 住所

氏名

被保険者証 記号
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

<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲の住所</p> <p>氏名</p> <p>乙の所在地(※)</p> <p>名称(※)</p> <p>丙の所在地(※)</p> <p>名称(※)</p>					
受取代理人 に対する 支払金融機関	銀行 店・本店				
	預金種別	普通 通知	当座 貯蓄	別段	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・押印が必要です。