

(あて先) 宮崎県医師国民健康保険組合

被保険者証記号・番号

組合員 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

組合員( ) (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※ 電話 ( )

丙の所在地※  
名称※ 電話 ( )

受取代理人に対する支払金融機関					銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所
	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)

※「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。