

(あて先) 宮崎県医師国民健康保険組合

被保険者記号・番号

組合員 住所

氏名

被保険者 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 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3: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。