

令和 年 月 日

ふくおかICT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

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。						
令和 年 月 日						
甲の住所						
氏名					印	
乙の所在地						
名称					印 電話 ()	
丙の所在地						
名称					印 電話 ()	
受取代理人に 対する支払 金融機関	銀行 支店					
	預金 種別	普通・当座	口座 番号		口座 名義	フリガナ

申請者は被保険者となります。

「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、押印が必要です。