

(様式3)

(被保険者→健康保険組合)

決定	令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当者		

(受取代理・事前申請用)

被保険者
家族 出産育児一時金 受取代理人変更届

令和 年 月 日

日本化薬健康保険組合理事長 殿

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	① 被保険者(請求者) の氏名・生年月日 と印	フリガナ
				昭・平・令 年 月 日生
被保険者(請求者) の住所・電話番号		フリガナ 〒 -		電話 ()
事業所の名称・ 住所・電話番号	名称			
	所在地	〒 -		電話 ()

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、新たに医療期間等である() (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				
(変更前) 乙の所在地 ※※				
名称 ※※				
電話 ()				
(変更後) 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 金融 信組			
	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)
店・本店 支店・出張所				

※「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、それぞれの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。