

| | | | | |
|------|-----|-----|---|---|
| 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 00年 0月 0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 | ケンポ | タロウ | | |
| | 〇〇 | △△△ | | 健保 太郎 | 昭・平・令 | 00年 | 00月 | 00日生 |
| 被保険者(請求者) の住所・電話番号 | フリガナ | | | 〒000-0000 | | | 神奈川県〇〇市△△町×× | 電話 00(00)0000 |
| | 事業所の名称・ 住所・電話番号 | 名称 | (株)□□□□ | 所在地 | 〒000-0000 | 東京都〇〇区△△町×× | 電話 00(00)0000 | |

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(健保 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇産婦人科医院) (以下「乙」という。)を代理人と定め、令和 00年 0月 0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(〇〇クリニック) (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 00年 0月 0日

甲の住所 神奈川県〇〇市△△町××

氏名 健保 太郎

(変更前)
乙の所在地 千葉県〇〇市△△町××

名称 〇〇産婦人科医院 電話 000(000)0000

(変更後)
丙の所在地 埼玉県〇〇市△△町××

名称 〇〇クリニック 電話 000(000)0000

| | | | | | | |
|-------------------------|----------|--------------------------------|----------|----------------|----------|---------------------------|
| 受取代理人に 対する支払金 融機関 | □□□□ | | | 銀行 金融 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 | 〇〇〇〇 | 口座 名義 | (フリガナ) 〇〇クリニック 〇〇クリニック |

※「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。