

(様式3)

令和 00年 10月 10日

京阪グループ健康保険組合 御中

被保険者証 記号 00 番号 12345

被保険者 (申請者)

住所 〇〇府〇〇市〇〇町1-1

氏名 健保 太郎

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(健保 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇病院) (以下「乙」という。)を代理人と定め、令和 00年 9月 9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(△△病院) (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 10月 10日

甲の住所 〒000-0000 〇〇府〇〇市〇〇町1-1

氏名 健保 太郎

乙の所在地※ 〒000-0000 〇〇府〇〇市〇〇町8-8

名称※ 〇〇病院

電話00(0000)0000

丙の所在地※ 〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町321

名称※ △△病院

電話00(0000)0000

受取代理人(丙)に対する支払金融機関の欄

金融機関名	店名	預金種別	口座番号	口座名義
〇〇銀行	□□支店	普・当	56789	(フリガナ) サンカクビョウイン
				△△病院

※「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が必要です。