

(様式3)

令和 年 月 日

京阪グループ健康保険組合 御中

被保険者証 記号_____番号_____

被保険者 (申請者)

住所

氏名

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				
乙の所在地※ 〒 - 名称※ 電話 ()				
丙の所在地※ 〒 - 名称※ 電話 ()				
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
		普・当		(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が必要です。