

(あて先) ダイハツ系連合健康保険組合

(被保険者)

住所 〒

氏名

被保険者証の
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

被保険者() (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

TEL ()

丙の所在地(※) 〒

名称

TEL ()

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		口座番号	口座名義	(フリガナ)

(必須) に確認のチェックを付けてください。

この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。

- 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

※「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。

[被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)]

備考欄