

令和 年 月 日

太陽生命健康保険組合 行

被保険者の住所 _____

被保険者の氏名 _____

被保険者等
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致します。

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。)
を代理人と定め、これを委任します。

令和 年 月 日

甲の住所: 〒

甲の氏名:

乙の所在地: 〒

乙の名称: TEL: ()

丙の所在地: 〒

丙の名称: TEL: ()

受取代理人(丙)に対する支払金融機関の欄

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	名義人(カナ)
		1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄		

※「乙」・「丙」の所在地・名称・印については、必ず該当の医療機関等にて記入・押印頂いて下さい。

受付日付印