

(あて先) 全農健康保険組合

被保険者 (申請者[※]) 住所 **東京都千代田区大手町〇-〇**

氏名 **全農 太郎** 印

被保険者証 記号

1	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

 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

申請者(**全農 太郎**)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(**変更前の医療機関等**)(以下「乙」という。)を代理人と定め、 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(**変更後の医療機関等**)(以下「丙」という。)を代理人として定め、これを委任します。

年 月 日

甲の住所 **東京都千代田区大手町〇-〇**

氏名 **全農 太郎**

乙の所在地^{※※} **埼玉県深谷市〇-〇**

渋沢レディースクリニック

名称^{※※}

丙の所在地^{※※} **東京都文京区小石川〇-〇**

全農産婦人科医院

名称^{※※}

印 (変更前)
出産する予定していた医療機関

印 電話 () (変更後)
出産することとなった医療機関

印 電話 ()

受取代理人 に対する支 払金融機関	金融 機関	銀行 農協	金融機関コード			本・支店	店番号	口座種別
		金庫 信組				出張所		普通・当座・()
		口座番号(右詰め)			口座名義	(フリガナ)		
						(変更後) 出産することとなった医療機関		

※ 「申請者」は健康保険の組合員となります。

※ ※ 「乙」・「丙」の所在地・名称については、それぞれ変更前の医療機関等・変更後の医療機関等にて記入・押印が必要です。

受付日付印