

(あて先) 全農健康保険組合

被保険者
(申請者※) 住所

氏名 印

被保険者証 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

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、 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。

年 月 日

甲の住所

氏名 印

乙の所在地^{※※}

名称^{※※} 印 電話 ()

丙の所在地^{※※}

名称^{※※} 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 出張所	店番号		口座種別	
		金庫 信組							普通・当座・()	
		口座番号(右詰め)				口座名義 (フリガナ)				

※ 「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