

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

(あて先) 鳥取県市町村職員共済組合

(申請者※) 住所 ○○○○○○○○

氏名 ○ ○ ○ ○



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、平成 ○○ 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。

平成 ○○ 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 ○○○(○○)○○○

受取代理人に対する支払金融機関	丙の医療機関等が記入してください。				銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所
	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	口座名義	(フリガナ)

※ 「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。
 ** 「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。