

平成 年 月 日

伊藤忠連合健康保険組合 宛

申請者（被保険者） 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____
被保険者証 記号： _____
番号： _____

出産育児一時金受取代理人変更届

出産育児一時金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

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	銀行・信組・（ ）			本店・支店・（ ）		
	預金 種別	1：普通・3：別段 2：当座・4：通知	口座 番号		口座 名義	（フリガナ）

伊藤忠連合健康保険組合