

三菱自動車健康保険組合 御中

受付印

申請者(被保険者)

保険証記号	番号
氏名 印	

受取代理人変更届

出産を予定していた医療機関以外で出産いたしましたので、受取代理人の変更について下欄のとおり提出いたします。

申請者() (以下「甲」)は、医療機関である() (以下「乙」)を代理人と定め、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」)を代理人として定め、これを委任します。

令和 年 月 日

甲(被保険者)
住所
氏名 印

乙(旧医療機関)
所在地
名称 印 電話 ()

丙(新医療機関)
所在地
名称 印 電話 ()

丙に関する 支払金融機関	金融機関名				店名	
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	口座名義	(フリガナ)	

※「乙」「丙」の所在地・名称等についてはそれぞれ医療機関等にて記入・押印が必要です。

健 保 記 入 欄	管理番号	
	受付通知発行日	令和 年 月 日
	支給申請(受取代理) 医療機関返却日	令和 年 月 日

常務理事	事務長	主任	担当