令和　　年　　月　　日

伊藤忠健康保険組合　宛

申請者（被保険者）　住　所

氏　名

被保険者等　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、令和　　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。

令和　　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	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）

※「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。