

年 月 日

日本ハウスホールディングス健康保険組合 御中

被保険者氏名 ㊟

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

|                                                                                                                                                    |    |      |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|------|
| 被保険者（ ）(以下「甲」という。)は医療機関等である（ ）<br>(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<br>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（ ）<br>(以下「丙」という。)を代理人と定め、これを委任します。 |    |      |      |
| 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「丙」に対する支払金融機関                                                                                                                                 |    |      |      |
| 金融機関                                                                                                                                               | 店名 | 預金種類 | 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。

受 付 印