

(あて先) 奈良県市町村職員共済組合

(申請者※) 住所 〇〇市〇〇1-2-3

氏名 共済 太郎



被保険者証 記号 〇〇〇
番号 〇〇〇〇

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(共済 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇病院) (以下「乙」という。)を代理人と定め、平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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(△△医院) (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 〇〇 年 4 月 1 日

甲の住所 〇〇市〇〇1-2-3

氏名 共済 太郎



乙の所在地※※ 〇〇市〇〇2-3-4

名称※※ 〇〇病院



電話 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇

丙の所在地※※ 〇〇市〇〇3-4-5

名称※※ △△医院



電話 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇

受取代理人に対する支払金融機関	〇〇		銀行 金庫 信組	△△	店・本店 支店・出張所
	預金 種別	①:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	口座 名義
				(フリガナ) △△イインチョウ	△△医院長

※ 「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。