

(あて先) 奈良県市町村職員共済組合

(申請者※) 住所 〒○○○-○○○
 奈良県□□市□□町□□番地

氏名 共済 太郎

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

申請者 (共済 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である (□□病院) (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 (△△病院) (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 奈良県□□市□□町□□番地

氏名 共済 太郎

印

乙の所在地※※ 奈良県□□市□□町□□番地

名称※※ □□病院

電話 ()

丙の所在地※※ 奈良県□□市□□町□□番地

名称※※ △△病院

電話 ()

受取代理人に対する支払金融機関	□□		銀行 金庫 信組	□□	本店・支店 出張所・店
	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	口座名義 (フリガナ)
				○○○○○○○○	インマ 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が必要です。