

(あて先) 奈良県市町村職員共済組合

(申請者[※]) 住所

氏名

印

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（ ）（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（ ）（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

印

乙の所在地^{※※}

名称^{※※}

印

電話

()

丙の所在地^{※※}

名称^{※※}

印

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 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)	

※ 「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。