

理事長	常務理事	事務長	係

平成 年 月 日

セディナ健康保険組合 宛

申請者（被保険者）住 所

氏 名

印

保険証 記号：

番号：

### 出産育児一時金受取代理人変更届

出産育児一時金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

<p>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、平成 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。</p> <p>平成 年 月 日</p>					
甲（被保険者）の	住所	〒			朱肉印
	氏名				印
乙（変更前の医療機 関等）の	住所	〒			朱肉印
	電話				印
	名称				
丙（変更後の医療機 関等）の	住所	〒			朱肉印
	電話				印
	名称				
受取代理 人に対す る支払金 融機関	銀行・金融・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	口座名義	(フリガナ)