

(様式3)

令和 年 月 日

サンリオ健康保険組合 理事長 殿

健康保険の 記号
番号

被保険者の 住所
氏名

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()
(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

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	銀行										支店
	信用金庫										
	口座 番号	普通 当座							口座 名義	(フリガナ)	

※乙の所在地・名称については、変更前の医療機関等について記入・押印が必要です。
※※丙の所在地・名称については、変更後の医療機関等について記入・押印が必要です。