

令和 年 月 日

神戸機械金属健康保険組合 理事長 殿

(申請者※) 住所

氏名

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、平成・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 ( ) |  |      |        |        |
| 受取代理人に対する支払金<br>融機関   | 銀行    |      |        |  |      |        | 店・本店   |
|   | 信用金庫  |      |        |  |      |        | 支店・出張所 |
| 預金種別  | 1. 普通 | 口座番号 |        |  | 口座名義 | (フリガナ) |        |
|   | 2. 当座 |      |        |  |      |        |        |

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をする場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

|     |  |
|-----|--|
| 備考欄 |  |
|-----|--|

※「申請者」は被保険者となります。

※※「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。