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

被保険者等の　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　　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 信用金庫					店・本店 支店・出張所
	預金種別	1.　普　通 2.　当　座	口座番号		口座名義	(フリガナ)

被保険者等の記号番号がわからない場合にはマイナンバーを下記の備考欄へ記入してください。
（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･押印が必要です。