

オリンパス健康保険組合 御中

(申請者) 住所  
 氏名  
 記号  
 被保険者証 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

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融機関					銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所
	預金種別	普通当座	口座番号	口座名義	(フリガナ)	