

オリンパス健康保険組合 御中

(申請者) 住所

氏名 印

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

申請者甲()は、医療機関等乙()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等の受領に関する権限について、乙に替えて医療機関等丙()を代理人と定め、これを委任します。

平成 年 月 日

甲の住所

氏名 印

乙の所在地

電話 ()

名称 印

丙の所在地

電話 ()

名称 印

受取代理人に対する支払金融機関	金融機関	銀行 金融 信組	店・本店 支店・ 出張所
	預金種別	普通 口座番号	カタカナ
		当座 口座名義	漢字