

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金受取代理人変更書

太枠線内は、すべて記入してください。

記号・番号	・	—	事業所名	
被保険者氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日
出産育児一時金受取代理人の変更について、下記のとおり届け出します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名 ⑩ 明治グループ健康保険組合理事長 殿				
甲は、医療機関である乙を代理人と定め、令和 年 月 日にて委任した出産育児一時金に関する権限について、乙に換えて、新たに医療機関である丙を代理人として定め、これを委任します。 令和 年 月 日 〒 甲（被保険者）住所 氏名 ⑩ 〒 乙（変更前代理人）住所 名称 ⑩ 電話 () 〒 丙（変更後代理人）住所 名称 ⑩ 電話 ()				
受取代理人の 振込金融機関	銀行		支店	フリガナ
	普通・当座	口座番号		口座名義

【記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

記号・番号の代わりに、マイナンバー(個人番号)を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。
但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元(実在)の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

備考欄

健保受付印

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者