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。

被保険者証の記号・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　㊞

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	㊞
乙（変更前代理人）	〒 住　所	
	名　称	㊞
	電　話	（　　）
丙（変更後代理人）	〒 住　所	
	名　称	㊞
	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	

【被保険者証の記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

被保険者証の記号・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

（給付様式4-5号）01.05