

令和 年 月 日

(提出先) 大阪市長

申請者 (世帯主) 住所
氏名
被保険者 (記号: 阪国 番号:)
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

世帯主() (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	1:普通 2:当座 3:貯蓄	口座番号	口座名義	(フリガナ)	

※「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が必要です。