

年 月 日

エイベックス・グループ健康保険組合 御中

被保険者証 記号 番号

被保険者 住所

氏名

被保険者

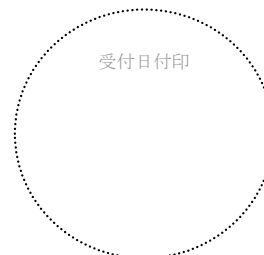
## 出産育児一時金受取代理人変更届

家族

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、医療機関である( ) (以下「乙」という。)を代理人と定め、 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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			
甲 住所	電話 ( )		
甲 氏名			
乙 所在地	電話 ( )		
乙 名称			
丙 所在地	電話 ( )		
丙 名称			
希望振込口座 (受取代理人の口座)	銀行 信用金庫		支店 出張所
	預金種別 普通 当座	口座番号 口座名義 (カタカナ)	



受付日付印

エイベックス・グループ健康保険組合