別添②

令和　　年　　月　　日

エイベックス・グループ健康保険組合　御中

被保険者等　記号　　番号

被保険者住所

被保険者氏名

被保険者
家　　族

出産育児一時金受取代理人変更届

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（　　）（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、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、新たに医療機関である（　　）（以下「丙」という。）を代理人と定め、これを委任します。

令和　　年　　月　　日

甲 住　所	電話番号　　（　　）
甲 氏　名	
乙 所 在 地	電話番号　　（　　）
乙 名　称	
丙 所 在 地	電話番号　　（　　）
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