（様式3）

令和　○○　年　○○　月　○○　日

（あて先）　鳥取県市町村職員共済組合

（申請者※）　住所　○○○○○○○○

氏名　○　○　○　○

被保険者証　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

申請者（○　○　○　○）（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	丙の医療機関等が記入してください。				銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所
	預金種別	1:普通　4:通知 2:当座　5:貯蓄 3:別段	口座番号		口座名義	（フリガナ）

※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。
※※「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。