

年 月 日

(あて先) 東京都職員共済組合理事長 殿

(申請者[※]) 住所

氏名

印

組合員

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、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。 年 月 日 甲の住所 氏名 印 乙の所在地 ^{※※} 名称 ^{※※} 印 電話 () 丙の所在地 ^{※※} 名称 ^{※※} 印 電話 () 医療機関等コード 部署名・担当者名							
受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組		金融機関 コード		店・本店 支店・出張所		本店・支店・出張所 コード
	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・押印が必要です。