

平成 年 月 日

東京不動産健康保険組合 御中

被保険者住所

氏名 印  
(保険証記号 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

被保険者である甲（ ）は、医療機関等である乙（ ）  
を代理人と定め、平成 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丙（ ）を代  
理人として定め、これを委任します。

平成 年 月 日

甲の住所

氏名

㊟

乙の所在地

名称

㊟

丙の所在地

名称

㊟

※「乙」・「丙」の所在地・名称については、それぞれの医療機関等にて記入・押印が  
必要です。