

(様式3)

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

静岡県市町村職員共済組合理事長 様

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(組合員) 住所 〇〇市〇〇町1-1

氏名 静岡 太郎

記号 〇〇〇

組合員証 番号 〇〇〇〇

### 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

組合員(静岡 太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇病院)(以下「乙」という。)を代理人と定め、令和〇〇年〇〇月〇〇日付にて委任した出産費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(□□病院)(以下「丙」という。)を代理人として定め、これを委任します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

甲の住所 〇〇市〇〇町1-2-3

氏名 静岡 太郎

乙の所在地\* 〇〇市〇〇町2-2

名称\* 〇〇病院 電話 222 ( 222 ) 2222

丙の所在地\* 〇〇市〇〇町3-3

名称\* □□病院 電話 333 ( 333 ) 3333

受取代理人に対する支払金融機関	〇〇		銀行	〇〇	店・本店
	〇〇		金庫	〇〇	支店
預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	1234567	口座名義	(フリガナ) 〇〇 〇〇

※「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。

上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所属所長 職名 〇〇市長

氏名 〇〇 〇〇