

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

令和 年 月 日

静岡県市町村職員共済組合理事長 様

(組合員) 住所
氏名
記号
組合員証
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

組合員() (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() (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	銀行 金庫 信組					店・本店 支店・出張所
	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	口座名義	(フリガナ)

※「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 年 月 日

職名
所属所長
氏名