

(出産費等受取代理制度)

受取代理人変更届

神戸市職員共済組合

組合員が記入するところ	組合員 記号・番号	記号 ----- 番号	所属	電話
	出産予定者の 氏名及び 生年月日	昭和・平成 年 月 日生	〔 組合員(本人) ・ 組合員被扶養者(家族) 〕	出産予定日 令和 年 月 日

受取代理人 (医療機関等) の欄	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。)を代理人と定め、これを委任します。		
	令和 年 月 日	住所	
	甲(組合員)の 氏名	電話 ()	-
	** 所在地 乙(医療機関等)の名称 代表者名	電話 ()	-
** 所在地 丙(医療機関等)の名称 代表者名	電話 ()	-	
医療機関等の 振込口座	金融機関名	種別	口座番号(右づめ)
	銀行・農協 金庫・組合	支店 (本店・出張所) <small>該当する番号を ○で囲んでください 1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段</small>	
	フリガナ		
	名義		
	※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名(漢数字3文字)・預金種目(普通又は貯蓄)・口座番号(数字7けた)を記入してください。		

《提出にあたっての注意事項》

既に「出産費等支給申請書(受取代理用)」[様式2-3-1]を提出している方が当初予定していた医療機関等以外で出産することになり、出産を行う医療機関等においても受取代理制度を利用する場合に提出してください。

** 「乙」・「丙」の所在地等の欄は、それぞれの医療機関等において事前に記入を受けておく必要があります。

共済組合受付印

共済組合事務処理欄			
	事務局次長	医療係長	係
伺			