

(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

組合員証の 記号・番号	記号	1	所 属	〇〇局〇〇課	
	番号	123456		電話 〇〇〇-〇〇〇〇	
出産予定者の 氏名及び 生年月日	共 済 花 子 昭和・平成 5年 1月 1日生		組合員(本人) 組合員被扶養者(家族)	出産予定日	令和 3年 6月 30日

申請者(共済花子)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(共済中央クリニック)(以下「乙」という。)を代理人と定め、令和3年5月14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(共済灘クリニック)(以下「丙」という。)を代理人と定め、これを委任します。

令和 3年 5月 20日

住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1

甲(組合員)の
氏名 共 済 花 子
電話 (090) 0000-0000

** 所在地 神戸市中央区京町7-2番地
乙(医療機関等)の名称 共済中央クリニック
代表者名 共 済 保 子
電話 (000) 000-0000

** 所在地 神戸市灘区桜口町4丁目2-1
丙(医療機関等)の名称 共済灘クリニック
代表者名 共 済 健 造
電話 (000) 000-0000

金融機関名	種 別	口座番号(右づめ)						
メディカル 銀行・農協 金庫・組合 東灘 支店 (本店・出張所)	①:普通 ④:通知 ②:当座 ⑤:貯蓄 ③:別段	9	8	7	6	5	4	3
フリガナ キョウサイナダクリニック インチョウ キョウサイ ケンソウ								
名 義 共済灘クリニック 院長 共済 健造								

※ 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		
事務局長	医療係長	係
伺		