

給付金受領代理人（変更）届

平成 24 年 2 月 29 日

東京都洋菓子健康保険組合 理事長 殿

給付金などの受領代理については事業主が委任をしてください。

事業所 所在地 東京都港区〇〇1-43-3

事業所 名称 株式会社 テオプロマ

事業主 氏名 代表取締役 安里 裕也

代表者印

当事業所の被保険者にかかる貴健康保険組合から支給される保険給付金等の受領を下記の者に委任しましたのでお届けいたします。

受領代理人は当組合から支払われる給付金などの受け取り確認をする事業主や健康保険事務担当者を指定してください。

受領代理人の印は受領代理人の個人印を押印してください。事業主や事業主代理人が受領代理人となる場合は代表者印等の押印でも結構です。また、押印いただいた印は当組合への届出印となりますので、今後ご請求いただく請求書の受領代理人欄に押印していただく印となります。

受領代理人氏名	大西 亮平	受領代理人の印	大西
---------	-------	---------	----

受領口座	銀行・支店名	〇〇〇 銀行	〇〇〇 支店
	口座の種類・番号	金融機関コード 0 1 1 1	支店コード 0 4 7
	口座名義	1. 普通 2. 当座 (フリガナ) カブシキガイシャ テオプロマ ケンボキユウフグチ オオニシ リョウヘイ	3 5 9 1 1 4 1

受領代理人以外の個人名が入った口座は指定できません。

- 【例】 × 受領代理人…大西 亮平 受領口座…(株)テオプロマ 代表取締役 安里 裕也
○ 受領代理人…安里 裕也 受領口座…(株)テオプロマ 代表取締役 安里 裕也
○ 受領代理人…大西 亮平 受領口座…(株)テオプロマ (個人名が無い場合)

※ 口座名義欄は金融機関で登録した（通帳に記載されている）名義を省略せずにご記入ください。

受付年月日