

常務理事	事務長	担当者

保 険 給 付 金 受 領 被 委 任 者（ 変 更 ） 届

事業所	名称		工場			
	所在地		所在地			
新委任者名			事業主との関係		使用する印鑑	
旧委任者名			保険給付金振込先銀行			
変更理由			口座番号			
変更年月日		年 月 日	口座名義人			

年 月 日

住 所 又 は 所 在 地
名 称
氏 名 及 び 印

ユニプレス健康保険組合理事長 殿