

(様式2)

(被保険者→健康保険組合)

決定	令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当者		

(受取代理・事前申請用)

被保険者
家族 出産育児一時金 受取代理申請取下書

令和〇〇年 〇月 〇日

日本化薬健康保険組合理事長 殿

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	①	フリガナ ケンポ タロウ
	〇〇	△△△	被保険者(請求者) の氏名・生年月日 と印	健保太郎 昭・平・令 〇〇年 〇月 〇日生
被保険者(請求者) の住所・電話番号	フリガナ カナガワケン〇〇シ△△マチ××			
	〒000-0000 神奈川県〇〇市△△町××			電話 000(000)0000

令和〇〇年 〇月 〇日に申請しました出産育児一時金等の
受取代理申請書を下記のとおり取り下げます。

記

出産予定者	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保花子
	生年月日	昭・平・令 〇〇年 〇月 〇日
出産予定日	令和 〇〇年 〇月 〇日	
取下げの理由	別の医療機関で出産予定のため	
備考		

※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。