

平成 ○年 ○月 ○日

塩野義健康保険組合理事長殿

予定していた医療機関等以外で出産することになったなどの理由で、受取代理申請を取り下げる場合に、健保組合に提出してください。
また新たに出産することとなった医療機関等において受取代理制度を利用する場合は、改めて「出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）」を作成して、健保組合に提出してください。

被保険者

住所 大阪市中央区道修町 4-7-6

氏名 塩野義 一郎

印

出産育児一時金等受取代理申請取下書

平成 ○年 ○月 ○日に申請しました出産育児一時金等の受取代理申請を下記のとおり取り下げます。

記

被保険者証	記号	×	番号	xxxxxx
出産予定者	氏名	(フリガナ) シオノギ ハナコ 塩野義 花子		
	生年月日	○年 ○月 ○日		
出産予定日	平成 ○年 ○月 ○日			
取下げの理由	別の医療機関で出産することとなったため			
備考				