

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

令和 年 月 日

日揮健康保険組合 理事長 殿

### 出産育児一時金等受取代理申請取下書

令和 年 月 日に申請しました「出産育児一時金・出産育児一時金付加金の受取代理申請」を下記のとおり取り下げます。

記

|                |      |          |       |  |
|----------------|------|----------|-------|--|
| ① 被保険者証の       | 記号   |          | 番号    |  |
| ② 所属事業所名称      |      |          |       |  |
| ③被保険者<br>(申請者) | フリガナ |          |       |  |
|                | 氏 名  |          |       |  |
|                | 住 所  | 〒 -      |       |  |
| ④出 産<br>予定者    | フリガナ |          |       |  |
|                | 氏 名  |          |       |  |
|                | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年 月 日 |  |
| ⑤ 出産予定日        | 令和   | 年 月 日    |       |  |
| ⑥ 取り下げの理由      |      |          |       |  |
| ⑦ 備 考          |      |          |       |  |

|             |
|-------------|
| 事業所<br>担当者印 |
|             |

受付日付印