

令和 年 月 日

味の素健康保険組合 御中

被保険者の	住 所	
	氏 名	印

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	
出 産 予 定 者	氏 名	フリガナ		
出 産 予 定 日	生年月日	昭和・平成	年	月
出 産 予 定 日	平成	年	月	日
取 り 下 げ の 理 由				
備 考				