

(様式2)

日油健康保険組合殿

年 月 日

(申請者※) 住所

氏名

印

出産育児一時金等受取代理申請取下書

____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			
	生年月日			
出産予定日				
取下げの理由				
備考				

※「申請者」は被保険者となります。