

キューピー・アラハタ健康保険組合 殿

(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

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)		
	生年月日	年	月	日
出産予定日	年 月 日			
取下げの理由				
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。