

令和 年 月 日

山崎製パン健康保険組合 殿

〒

住所

被保険者 氏名

TEL

出産育児一時金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	昭和 平成	年	月 日
出産予定日	令和 年 月 日			
取下げの理由				
備考				