

(あて先) 全農健康保険組合

被保険者
(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	(フリガナ)						続柄		
	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」は健康保険の組合員となります。
- ※ 予定していた医療機関等以外で出産することになった場合の申請です。
- ※ 新に出産することになった医療機関において受取代理人制度を利用する場合は、改めて受取代理人申請書(様式1)を作成し、提出ください。

受付日付印