

令和 年 月 日

太陽生命健康保険組合 行

被保険者の住所 _____

被保険者の氏名 _____ (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

被保険者証の	記号	番号	
被保険者	氏名	(フリガナ)	
	住所	〒	(フリガナ)
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
出産予定者 (同上の場合は記載不要)	氏名	(フリガナ)	
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
出産予定日	平成・令和	年 月 日	出産予定児数 単・多 (胎)
取り下げの理由			
備考			

受付日付印