

(様式 2)

令和 年 月 日

神戸機械金属健康保険組合 理事長 殿

(申請者※) 住所

氏名

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下げます。

記

被保険者等の	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				

被保険者等の記号番号がわからない場合にはマイナンバーを下記の備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

※「申請者」は被保険者となります。