

自動車振興会健康保険組合 理事長 殿

住所
被保険者
氏名

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

被保険者等 記号・番号	記号		番号	
出産予定者	氏名(フリガナ)	()		
	生年月日	昭・平・令	年	月 日
出産予定日	令和 年 月 日			
取下げの理由				
備考				

備考欄(注)	
--------	--

(注)被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
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。