

令和 年 月 日

飯野健康保険組合宛

(被保険者) 住所

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通り  
取下げます。

記

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