

令和 年 月 日

(あて先) ダイハツ系連合健康保険組合

(被保険者)

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)		
	生年月日	年	月	日
出産予定日	令和	年	月	日
取り下げの理由				
(必須) <input type="checkbox"/> に確認のチェックを付けてください。				
<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。			

〔 被保険者証の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。) 〕

備考欄	
-----	--

2021.2改定