

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金受取代理申請取下申請書

太枠線内は、すべて記入してください。

記号・番号	—	事業所名	
被保険者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
出産予定者の氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
出産予定日	令和 年 月 日 予定	被保険者との続柄	
申請日	令和 年 月 日		
取下げ理由			
上記により、申請しました「出産育児一時金申請書（受取代理用）」を取り下げます。			
令和 年 月 日 千			
被保険者 住所			
氏名 ⑩			
明治グループ健康保険組合 理事長 殿			

【記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

記号・番号の代わりに、マイナンバー（個人番号）を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。

但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元（実在）の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

備考欄

健保受付印

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者