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。

被保険者証の記号・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　　〒

被保険者 住所

氏名　　㊞

明 治グループ 健 康 保 険 組 合理事長　殿

【被保険者証の記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

被保険者証の記号・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

（給付様式4-4号）03.04