令和　　年　　月　　日

三菱自動車健康保険組合　御中

受　付　印

（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

出産育児一時金の受取代理申請をしておりますが、下記理由により申請を取り下げたくよろしくお願い申し上げます。

記

被保険者等	記号		番号・枝番	・
出産予定者・枝番	氏名	(フリガナ)		・
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
出産予定日	令和　　年　　月　　日			
取り下げの理由				
備考				

※新たに出産する予定の医療機関において受取代理制度を利用する場合は改めて受取代理申請をする必要があります。
なお、医療機関により受取代理制度を実施していない場合がありますので、ご注意ください。

健保記入欄	管理番号	
	受付通知発行日	令和　　年　　月　　日
	支給申請(受取代理)医療機関返却日	令和　　年　　月　　日

常務理事	事務長	主任	担　当