令和　　年　　月　　日

椿本チエイン健康保険組合 殿

住所

被保険者　　

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します。

記

被保険者証	記号		番号	
出産予定者	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
	生年月日	昭 ・ 平　　年　　月　　日		
出産予定日	令和　　年　　月　　日			
取下げの理由				
備考				

【2024.12改訂】