

令和 年 月 日

三菱自動車健康保険組合 御中

受付印

事業主印

(被保険者)

住所
氏名 <span style="float: right;">印</span>

### 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

健康保険証	記号	番号
出産予定者	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(医療機関により受取代理制度を  
実施していない場合あり)を利用する場合は改めて受取代理申請する必要があります。

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