令和　　年　　月　　日

伊藤忠連合健康保険組合　宛

申請者（被保険者）　住　所

氏　名

出産育児一時金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の受取代理申請を下記のとおり取り下げます。

記

被保険者の	記　　号		番　号	
出産予定者	氏　　名	（フリガナ）		
	生年月日	年　　月　　日生		
出産予定日	年　　月　　日			
取下げの理由				
備　考				

伊藤忠連合健康保険組合