

(様式2)

令和 年 月 日

(あて先) 宮崎県医師国民健康保険組合

組合員 住所

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ます。

記

被保険者証記号・番号		
出産予定者	氏名	(フリガナ)
	生年月日	年 月 日
出産予定日	年 月 日	
取下げの理由		
備考		