

(様式2)

セキスイ健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被保険者 住 所 〒 ー  
(申請者) 氏 名

### 出産育児一時金等受取代理申請取下書

記

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

(R6.11)