

常務理事		係

令和 年 月 日

SMBCファイナンスサービス健康保険組合 宛

〒
住 所
申請者 _____
電話番号 _____
(被保険者)
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 証	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	生
出 産 予 定 日	令和 年 月 日			
取下げの理由(※)				
備 考				

※「予定していた医療機関等以外で出産することとなった」など、具体的に記入