

年 月 日

エイベックス・グループ健康保険組合 御中

被保険者住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

**被保険者**

### 出産育児一時金等受取代理申請取下書

**家 族**

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				
出産予定者生年月日	年 月 日			
出 産 予 定 日	年 月 日			
取 下 げ の 理 由				
備 考				

