別添①

令和　　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
家　　族

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

被保険者等	記号		番号	
出産予定者氏名				
出産予定者 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				

受付日付印

エイベックス・グループ健康保険組合