

(様式2)

令和 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 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	<small>(フリガナ)</small>		
	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				
被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、こちらの欄に記載してください(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)。				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)。				

※出産育児一時金等の受取代理申請を行っている方が、受取代理制度の利用を取り下げる場合、受取代理手続を行った医療機関等以外で出産することになった場合に提出してください。受取代理人変更の場合は、新たな受取代理人について「出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)」の提出が必要です。