

(様式第 2 号)

令和 **3**年 **4**月**15**日

大 阪 市 長 様

(世帯主)

住 所

大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号

氏 名

国保 一郎

出産育児一時金受取代理申請取下申出書

令和 **3**年 **4**月 **1**日付で申請しました国民健康保険出産育児一時金受取代理申請について、下記の理由により取り下げます。

被保険者 記号・番号	阪国 北	1 2 3 4 5 6
出産予定者の住所	大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号	
出産予定者の氏名	国保 花子	

取下理由（該当する番号を○で囲んでください）

① 出産する医療機関を変更する（した）ため

2 その他