

受取代理制度廃止届

1. 施設の基本情報等について、記載願います。
※(2)・(3)については、該当するものに○を付して下さい。
※助産所においては、(3)への記載は不要です。

(1) 施設名称	
(2) 施設属性①	ア 医療機関 ・ イ 助産所
(3) 施設属性②	ア 産婦人科単科 ・ イ その他
(4) 所在地	
(5) 連絡先	TEL : FAX : 担当者 :

2. 受取代理制度の活用を廃止する日について、記載願います。

受取代理制度の活用廃止日	平成 年 月 日
--------------	----------

出産育児一時金等の受取代理制度の活用を廃止するので、本届を提出いたします。

平成 年 月 日 (代表者名)

_____ 印