

## 出産費等受取代理申請取下書

神戸市職員共済組合

組合員 (申請者) が記入する ところ	組合員 記号・番号	記号 1	所属	〇〇局〇〇課	電話	〇〇〇-〇〇〇〇
	出産予定者の 氏名及び 生年月日	共済花子	組合員(本人) ・ 組合員被扶養者(家族)	出産予定日	令和〇年〇月〇日	
	昭和平成5年1月1日生					
令和〇年〇月〇日に申請した出産費等の受取代理申請を取り下げます。						
令和〇年〇月〇日						
住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1						
組合員(申請者)の 氏名 共済花子 電話 (090) 0000-0000						
取下げの理由	母子の状態を考慮した結果、〇〇病院で出産することとなったため					
備考						

共済組合受付印	共済組合事務処理欄		
	事務局次長	医療係長	係
	伺		
下記のとおり決定する。 令和 年 月 日			
上記の取下申請については、(承認・不承認)とする。			