（別添３）

# 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○を付してください。

※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）

# ㊞