

出産費資金貸付申込書

記号・番号 (保険証左上に記載)	—			被保険者氏名	
勤務状況	<input type="checkbox"/> 在職(事業所名: _____)			<input type="checkbox"/> 離職(任意継続被保険者 ・である ・でない)	
被扶養者が 分娩する場合	氏名			続柄	
分娩予定年月日	令和	年	月	日	申込時の妊娠経過期間 _____ 週
医療機関の	名称			住所	〒 _____
分娩に要する費用	金	円	貸付申込額	金	円 (貸付限度額 400,000円)
振込口座	銀行・信用金庫			支店・本店	
※原則被保険者の口座	その他(_____)				
	普通預金	口座番号	口座名義 (カタカナで記載)		
上記のとおり出産費資金貸付規程による貸付を申込みます。また、事業主を経由することに同意します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 〒 _____ 住所 _____ 被保険者の 氏名 _____ TEL _____					

添付書類 チェック	分娩予定日1ヵ月以内の 申込の場合	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳など分娩予定日を証明する書類の「写し」
	妊娠4ヵ月以上の 申込の場合 (右記2点)	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳など妊娠4ヶ月経過を証明する書類の「写し」 <input type="checkbox"/> 出産日当日の費用に関する医療機関からの 請求書または領収書の「原本」

注意事項	貸付を利用する場合は、医療機関で手続きを行う『 直接支払制度 』及び『 受取代理制度 』は利用できません。 当健保組合宛に「出産育児一時金」の請求を行ってください。
------	---

※訂正する場合は、訂正印をご捺印ください。

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事 業 所	
責任者	担当