

# 出産費資金貸付申込書

記号・番号 (保険証左上に記載)	999 - 9999	被保険者氏名	健保 弘志		
勤務状況	<input checked="" type="checkbox"/> 在職(事業所名: <b>〇〇〇〇株式会社</b> ) <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	健保 すみれ		続柄	妻
分娩予定年月日	令和 3 年 4 月 6 日	申込時の妊娠経過期間	36 週		
医療機関の	名称	〇〇〇〇 産婦人科医院	住所	〒555-5555 埼玉県〇〇市〇〇3-3-33	
分娩に要する費用	金 352,000 円	貸付申込額	金 330,000 円 (貸付限度額 330,000円)		
振込口座	〇〇		銀行	信用金庫	〇〇
※原則被保険者の口座	普通預金	口座番号	0	1	2
			3	4	5
			6	口座名義	
				ケンポ ヒロシ	
				(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 3 年 3 月 7 日 〒 222-2222 住所 埼玉県〇〇市〇〇2-2-202 被保険者の 氏名 健保 弘志 TEL 222-222-2222 トップングループ健康保険組合理事長殿					

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 checked="" 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

TGK 2021.03