

健康保険出産費資金貸付申込書

決議書	同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務局長	事務局次長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係
	決裁年月日	平成 年 月 日									
	貸付決定額							取得	昭和 年 月 日		
	貸付年月日	平成 年 月 日						喪失	平成 年 月 日		
	貸付算出額	法定給付額 円 × 児 × 0.8 円									

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	記号 番号	事業所の名称							
	被保険者氏名					生年月日	昭和 年 月 日			
	被扶養者の出産にかかる申込のときはその者の氏名		続柄		生年月日	昭和 年 月 日				
	出産予定日	平成 年 月 日	胎児の数	単胎 多胎 (児)	妊娠経過期間	カ月 週				
	貸付申込額			通院中の病院または産院の名称						
	所在地	〒 - 電話 - -								
	健康保険出産費資金の貸付けを受けたいので、上記のとおり申し込みいたします。 平成 年 月 日 〒 - 住所 _____ 被保険者の氏名 _____ 印 出版健康保険組合殿 電話 ()									

金融機関	銀行	本店	フリガナ	
	信用組合		支店	名義人
	信用金庫	預金種別		普通・当座

受付日付印

- (注) 1. 貸付対象者が出産予定1ヶ月以内の者である場合は、出産予定日まで1ヶ月以内であることを証明する書類(母子健康手帳コピー等)を添付してください。
2. 貸付対象者が妊娠4ヶ月以上の者で医療機関に一時的に支払が必要となった者であるときは、妊娠4ヶ月以上であることを証明する(母子健康手帳等)および医療機関等からの出産に要する費用の内訳のある請求書または領収書を添付してください。