

健康保険出産費資金貸付申込書

決 議 書	伺 年 月 日	令和 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	令和 年 月 日									
	貸 付 決 定 額							昭 和 平 成 令 和			年 月 日
	貸 付 年 月 日	令和 年 月 日						喪 失			令和 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 等 記 号 番 号	記 号 番 号	事 業 所 の 名 称		
	被 保 険 者 氏 名			生 年 月 日	昭 和 平 成 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 平 成 年 月 日
	出 産 予 定 日	令和 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 ・ 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。 令 和 年 月 日 〒 - 住 所 _____ 被 保 険 者 の 氏 名 _____ 出 産 健 康 保 険 組 合 殿 電 話 ()				

金 融 機 関	銀 行	本店 支店	フリガナ	
	信用組合 信用金庫		口座名義	
	預 金 種 別	普 通 ・ 当 座	口座番号	

/ 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書類(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。