

健康 保 記 入 欄	貸付決定	年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	グループ長	担当者	資格	
	金額		円					取得	年 月 日
								喪失	年 月 日
	支払	令和 年 月 日			被扶養者 照合印				
	返済	令和 年 月 日							
備考欄									

出産費資金貸付申込書

被 保 險 者	被保険者証 記号・番号	109	事業 所	名称	〇〇株式会社 TEL(06) 6123 - 4567				
		5000		所在地	〒123 - 4560 大阪市西区〇〇2 - 1 - 3				
被 保 險 者 が	出産予定者	氏名	フリガナ	セキスイ ハナコ	生年月日	昭和 平成	2年6月7日	続柄	妻
	積水 花子								
被 保 險 者	出産予定者が	被保険者の場合	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日			
		被扶養者の場合	認定日	H27年4月1日					
被 保 險 者	出産予定医療機関	名称	大阪産婦人科			TEL(06) 6321 - 7654			
		所在地	〒500 - 0000 大阪市北区〇〇1 - 10 - 5						
記 入 す る と こ ろ	出産予定日	令和 〇 年 12 月 1 日							
記 入 す る と こ ろ	貸付申込の要件	<input type="checkbox"/> ①出産予定日まで1ヶ月以内の者							
	※該当の□に✓してください	<input checked="" type="checkbox"/> ②妊娠4ヶ月(85日)以上で医療機関に一時的な支払を要する者							
記 入 す る と こ ろ	請求する保険給付 の種類	<input type="checkbox"/> (被保険者) 出産育児一時金							
	※該当の□に✓してください	<input checked="" type="checkbox"/> 家族出産育児一時金							
記 入 す る と こ ろ	貸付申込額	40万円 (上限40万円)							
記 入 す る と こ ろ	私は事業主 〇〇 〇〇 を代理人と定め次の権限を委任する。 令和 〇 年 8 月 1 日に申請した出産費資金貸付金の受領に関すること。 令和 〇 年 8 月 1 日 住所 大阪市淀川区〇〇3 - 6 - 1 被保険者 氏名 積水 太郎 生年月日 昭和 平成 60 年 3 月 1 日								

上記の通り申請します。

令和 〇 年 8 月 1 日

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 大阪市淀川区〇〇3 - 6 - 1

被保険者

氏名 積水 太郎

TEL(06) 6512 - 3456

(注)1. 貸付申込額は出産育児一時金・家族出産育児一時金の8割相当額で1万円単位。

2. 母子健康手帳等(出産予定者の氏名と出産予定日を証明する書類)を添付してください。(コピー可)

3. 貸付申込額の基となる書類として、医療機関等の請求書等を添付してください。(貸付申込の要件が①の方は不要です。)

この申込みに係る出産費貸付金貸付申込書、出産費貸付金借用書は、個人情報保護法に遵守し、適正に取扱います。