

健 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 険 者 等 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				
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
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					
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						
出 産 予 定 日	令和 〇 年 12 月 1 日							
貸 付 申 込 の 要 件 <small>※該当の□に✓してください</small>	<input type="checkbox"/> ①出産予定日まで1ヶ月以内の者							
	<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							
請 求 す る 保 険 給 付 の 種 類 <small>※該当の□に✓してください</small>	<input type="checkbox"/> (被保険者) 出産育児一時金							
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族出産育児一時金							
貸 付 申 込 額	40 万円 (上限 40万円)							
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。