

出産費資金貸付申込書

健康保険証 の記号番号	(記号) (番号)	事業所名	
被保険者氏名	被扶養者が出産する場合に記入		
	被扶養者氏名		

出産予定年月日	平成 年 月 日	申し込み時の 妊娠経過期間	カ月 週
---------	----------	------------------	------

入院して出産 するとき	病産院の	名称	
		住所	

出産に要する費用	金 円
----------	-----

貸付申込額	金 円 (貸付限度額 280,000 円)
-------	-----------------------

振込先	*被保険者本人の口座に限る *既に健保に口座登録の方は不要です 銀行 支店 (普通) No.
-----	---

上記のとおり出産費資金貸付規程による貸し付けを受けたいので申し込みます。 平成 年 月 日 印 住所 被保険者の 氏名 TEL 音羽健康保険組合理事長 殿	
--	--

スタンプ式印不可

- (注) 1. 貸付対象者が出産予定日 1 ヶ月以内の者である時は、出産予定日まで 1 ヶ月以内であることを証明する書類 (母子健康手帳の写し等) を添付すること。
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いが必要となった者である時は、妊娠 4 ヶ月以上であることを証明する書類 (母子健康手帳の写し等) 及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又は領収書を添付すること。

健 保 組 合		
常務理事	事務長	係

事業所	
責任者	担当者

/ 健保受付 \