

再生紙（裏紙）での申請は不可

秘

厳秘情報
複製禁止

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

常務理事	事務長	関係者	担当者

母子手帳（氏名・出産予定日がわかるページ）の写しを添付してください。

貸付金額

出産予定者の扶養認定日

連絡先は業務時間内（9:00～17:00）に連絡が取れる番号（内線・PHS・外線等）をご記入ください。

出産費資金貸付申込

届出日を必ずご記入ください。

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 届出

被保険者証	記号	1		会社名 所属 連絡先	〇〇（株）△支店××部××G			
	番号	12345			TEL	×××-××××-××××		
被保険者氏名	健保 太郎			被保険者住所	名古屋市〇〇区△△町××1丁目2-3 TEL (052) 〇〇〇-〇〇〇〇			
出産予定者氏名	健保 花子			生年月日	昭和 平成	4年 7月 7日	続柄 妻	
貸付希望金額	350,000 円			出産予定日	令和 〇〇 年 4 月 1 日			
(*1) 一時的に必要な となった金額	(別紙領収書・請求書)				10	ヶ月	週	
貸付金受取 指定口座	銀行	けんぽ銀行	金融機関 コード	1234	口座 番号	普通	フリガナ	ケンポ タロウ
	支店	東支店	支店 コード	012		1234567		健保 太郎

通帳・カードを参照の上、必ずご記入ください。

- ◎貸付限度額：40万4千円（産科医療補償制度加入分娩機関の場合、42万円）
- ◎必要書類：母子手帳の写し（氏名と出産予定日の分かるページ）
- ◎妊娠4ヶ月を経過した者で、医療機関に対し一時的な支払が必要となった場合の申込に関しては（*1）（*2）を記入し、領収書もしくは請求書を添付すること。