

|       |       |
|-------|-------|
| 貸付決定額 | 円     |
| 受付年月日 | 年 月 日 |
| 同年月日  | 年 月 日 |

| 常務理事  | 事務長   | 担当者 |
|-------|-------|-----|
|       |       |     |
| 資格取得日 | 年 月 日 |     |
| 資格喪失日 | 年 月 日 |     |
| 扶養認定日 | 年 月 日 |     |

## 健康保険 出産費資金貸付申込書

|                  |  |  |        |              |          |           |
|------------------|--|--|--------|--------------|----------|-----------|
| 貸付申込額            | 円  |  |        |              |          |           |
| 貸付限度額            | 貸付限度額は240,000円です。                                  |  |        |              |          |           |
| 被保険者記号・番号        |  |  | 被保険者氏名 |              |          |           |
| 事業所名             |  |  | 事業所所在地 |              |          |           |
| 配偶者が出産するための貸付のとき | 被扶養者氏名   |  |        | 被保険者との続柄     | 被扶養者生年月日 | 昭平令 年 月 日 |
|                  | 配偶者の扶養認定日が、出産予定日の6か月以内である場合、配偶者が扶養以前に加入していた社会保険を記入 |  |        | 以前加入の健保組合名   |          |           |
| 入院して出産する場合の医療機関  | 名称   |  |        |              |          |           |
|                  | 所在地  |  |        |              |          |           |
|                  | 電話番号   |  |        |              |          |           |
| 出産予定日            | 年 月 日  |  | 妊娠経過期間 | か月 週         |          |           |
| 貸付金振込先           | 銀行   |  | 支店     | ( 普通<br>当座 ) |          |           |

上記のとおり出産日資金貸付を申込みます。

年 月 日

〒 -

住所  
請求者の  
氏名

(印)