

貸付決定額	円
受付年月日	年 月 日
伺年月日	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		電話番号		
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 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										