

日立健康保険組合 御中

健康保険 出産費資金貸付申込書

※太枠線内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

提出日	令和 年 月 日	備考											
貸付申込額	貸付限度額 1児につき300,000円	金	円										
被保険者等 記号・番号	記号	番号									被保険者 氏名	(フリガナ)	
事業所 (会社)名称	※任意継続および特例退職の方は記入不要です									所属・電話	(TEL :)		
被保険者 住 所 (TEL)	〒 - (TEL : - -) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください												
被扶養者が 出産するための 貸付であるとき	被扶養者 氏名	被保険者 との続柄				被扶養者 生年月日	昭和	平成	年	月	日	(以前加入の健保組合名)	
	被扶養者の扶養認定日が、出産予定日の6ヵ月以内である 場合、被扶養者が扶養以前に加入していた社会保険を記入												
入院して出産 する場合の 医療機関	名称												
	住所						TEL	- -					
出産予定日	令和 年 月 日					妊娠経過期間	ヵ月 週						
振 込 先	※給付金を給与にて支給されている方のみ、ご記入ください(但し、振込先は被保険者本人の口座に限定します)												
	銀行コード	銀行				支店コード	支店		1. 普通	口座			
上記の通り出産費資金貸付規程による貸付を受けたいので申し込み致します。													
令和 年 月 日													
被保険者氏名													

受付日付印

【注意事項】

- ① 出産育児一時金の『直接支払制度』または『受取代理制度』を利用される方は本申込書による申請はできません。
- ② 貸付対象者が出産予定日1ヵ月以内のものである時は、母子健康手帳(氏名及び出産予定日が記載しているページ)の写し若しくは出産予定日まで1ヵ月以内であることを証明する書類を添付してください。
- ③ 貸付対象者が妊娠4ヵ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ヵ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)と医療機関等からの出産に要する費用の内訳のある領収証又は請求書を添付してください。
- ④ 貸付の可否は健保組合にて審査の上、『出産費資金貸付可否決定通知書』にて、ご連絡致します。
- ⑤ 本貸付金は、健保給付金振込口座若しくは本申込書に指定した振込口座に振込みます。
- ⑥ 本貸付金の返済は、出産育児一時金又は家族出産育児一時金との精算により行われます。

貸付金額	回収月	回収金額	インプット
円		円	

貸 付 決 定 伺

貸付No.		常務理事	事務長	主任	担当
貸付決定額	円				
		資格取得日	年 月 日		
貸付決定日	令和 年 月 日	資格喪失日	年 月 日		
貸付(送金)日	令和 年 月 日	扶養認定日	年 月 日		