

貸付決定	年月日	年	月	日	常務理事	事務長	担当者	資格	取得	<input type="checkbox"/> 昭	年	月	日
	金額									<input type="checkbox"/> 平			
									喪失		年	月	日
出産予定日 (出産日)	令和	年	月	日	貸付	年	月	日	被扶養者 照合印				
					返済	年	月	日					

出産費資金貸付申込書

被 保 険 者 記 入 欄	貸付申込額		金 3 0 0 0 0 0 0 円						貸付限度額		円	
									前回までの貸付額		円	
									今回申込の限度額		円	
	被保険者証 記号・番号		×××・××××						事業所の 名称		○○○○(株)	
	被保険者		氏名	健 保 太 郎				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ××年5月5日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成			
	被扶養者が 出産する場合		氏名	健 保 花 子				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ××年1月1日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成			
									認定日	<input type="checkbox"/> 平成 ××年1月10日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和		
	出産予定日 (出産日)		令和 ××年12月10日				妊娠 第30週		単胎・多胎の別 <input checked="" type="checkbox"/> 単胎・多胎(児)			
	振込先	銀行名	支店名		普通	口座番号		名義	フリガナ ケンポ タロウ			
		ABC 銀行	大阪 支店		当座	×××××××			健 保 太 郎			
上記出産費資金として、金 300,000 円の貸付を申込致します。 令和 ××年 10月 1 日 野村健康保険組合理事長 殿 住所 〒 ×××-×××× 被保険者 ○○県○○市○○町○○×丁目×番地×× (申込者) 氏名 健 保 太 郎 電話 (×××)×××-××××												
事業所所在地 〒 ×××-×××× ○○県○○市○○×丁目×-× 事業所名称 ○○○○株式会社 事業主氏名 ○ ○ ○ ○ 電話 (×××)×××-××××												

- * 貸付申込額は1万円単位（1万円未満は四捨五入）となっており、限度額は出産育児一時金の8割となっています。但し、2回目以降の貸付の場合は、上記「今回申込の限度額」欄の額が限度です。
- * 母子健康手帳等（出産予定日を証明する書類）の写しを添付して下さい。
- * 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（原本）を添付して下さい。
- * 2回目以降の貸付申込についての添付書類は不必要です。