

日野自動車健康保険組合御中

出産費資金貸付申込書

平成 年 月 日

* 太枠内をすべて記入して下さい。

被保険者証	記号	番号	フリガナ		生年月日
	12	—	氏名	印	S・H 年 月 日
被保険者の 現住所	〒 TEL ()				
事業所名			所属		
出産予定者名			続柄	生年月日	S・H 年 月 日
出産予定日	平成	年	月	日	医療機関名
請求金額					
振込先	銀行コード	支店コード	預金種目	1. 普通 2. 当座	
	()	()	口座番号		
	()		フリガナ		
	銀行・信用金庫・信用組合・農協 ()支店・支所・出張所		口座名義 人氏名		

<注意事項>

- ① 出産予定日まで1ヵ月以内の方は、母子手帳の写し(出産予定日が確認できる部分)を添付して下さい。
- ② 妊娠4ヵ月以上の者で医療機関に一時的な支払いが必要となった方は以下2点を添付して下さい。
 - ・母子健康手帳の写し
 - ・医療機関からの出産に要する費用の内訳が記載されている請求書又は領収書

* 貸付金限度額は出産育児一時金(家族出産育児一時金)支給額の80%となります。

* 貸付金は出産育児一時金、家族出産育児一時金の支給時に相殺いたします。

健 保 組 合	常務理事	事務長	係