

被保険者であって、出産育児一時金の支給を受ける見込みがあり、妊娠4ヶ月以上の被保険者または健康保険の資格がある配偶者。但し直接支払制度との併用はできません。（後日、返金していただく必要があります）

| | | | | | |
|------------|------------------|--------------------------------|---|---|---|
| 被保険者 情報 | 被保険者証 の(左づめ) | 記号 <input type="checkbox"/> | 番号 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | |
| | 氏名・印 | (フリガナ) _____ | | 印 <input type="checkbox"/> | 自署の場合は押印を省略できます |
| | 住所 | (〒 -) 都 道 府 県 | | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL () | | | |
| 分娩者 情報 | 分娩した方 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 医療機関名 | | | | |
| | 出産予定日 | 年 月 日 | 出生児数 | 児 | |
| | 妊娠月数 | ヶ月 | 貸付希望額 | 万円 (限度額は一児に対して、出産育児一時金の8割まで) | |
| | 振込先 (被保険者口座) | 金融機関 名称(コード) | () | 支店名 (コード) | () |
| | 預金種別 | 1. 普通 2. 当座 | 口座番号 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | 口座名義 (カタカナ) | | | | |

上記の事由に該当するため、申出します。

年 月 日

【添付書類】 母子手帳の写し(分娩者氏名、妊娠中の経過がわかるもの)

| | | | | | |
|-----------|------|-------|------|-------|---|
| 健保 記入欄 | 貸付NO | | 貸付金額 | | 円 |
| | 貸付日 | 年 月 日 | 返済日 | 年 月 日 | |

関係会社

| |
|--|
| |
|--|

- ・大阪ガス社員は直接健保組合へ
- ・関係会社直接採用者は総務担当へ

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

大阪ガス健康保険組合

| |
|--|
| |
|--|

受付日付印

| |
|--|
| |
|--|