

健康保険 被保険者 被扶養者 出産費資金貸付 申込書

被保険者（申請者） 記入用

下記の事由に該当するため、申請します。

申請日 年 月 日

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	記号(1か2)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号（マイナンバー）を記入してください				
	氏 名	(フリガナ)			生年月日	年	月	日
					<input type="checkbox"/> 昭和			
					<input type="checkbox"/> 平成			
					<input type="checkbox"/> 令和			
	住 所	(〒 -)		都 道	府 県			
	電 話 番 号 (日中の連絡先)	TEL ()						
被 保 険 者 記 入 欄	分 娩 者 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			
	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 ※口座は被保険者名義の口座を記入してください								
金 融 機 関 名 称 (コ ー ド)		()		支 店 名 (コ ー ド)		()		
預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口 座 番 号 (右 づ め)		口 座 名 義 (カ タ カ ナ)				

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）

※健康保険組合記入欄

貸付No	貸付金額	貸付日	返済日
	円	年 月 日	年 月 日
算出の基礎			

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印