

事業所担当者 確認印

← 任継・特退
の加入者は
押印不要

金 額
円

貸付決定伺			
令和 年 月 日			
常務理事	事務長	GL	担当者

《申請から貸付の流れ》



本人・**家族** 出産費資金貸付申込書

被保険者証 記号 番号		分娩する方の氏名		生 年	
1 2 3 4	1 2 3 4 5	健 保 康 子		元号 昭 和 平 成	年 6 0
借入希望 金額	3 0 0, 0 0 0	医療機関 からの 請求金額	※請求があった時のみ記入 円		
分娩予定日	令和 1 年 5 月 1 0 日	胎 児 数	○単胎・多胎（ 胎）		
分娩する 医療機関の 名称及び 所在地	名 称：富士総合病院		TEL： 0 4 6 5 - * * - 4 3 2 1		
	所在地：神奈川県東足柄市上沼3丁目210番地				
振込先	足柄	銀 行 信用金庫 組 合	富 士	本 店 支 店 出張所	預金 種目
	口座 番号	1 2 3 4 5 6 7	(フリガナ) 口 座 名 義	(ケ ン ポ 健 保	○普通 当座 タ ロ ウ) 太 郎
<p>出産費資金の貸付を上記の通り申し込みます。</p> <p style="text-align: right;">令和 1 年 5 月 2 5 日</p> <p>富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿</p> <p>被保険者 住 所 東足柄市上沼2丁目34番地 電 話 0 4 6 5 - * * - 1 2 3 4 氏 名 健 保 太 郎</p>					
<p>(貸付対象者)</p> <p>A. 出産予定日まで1ヶ月以内の方</p> <p>B. 妊娠4カ月(85日)以後で、医療機関へ一時的に支払いが必要となった方</p> <p>(貸付額)</p> <p>出産育児一時金の8割を限度(但しB対象者は、医療機関等から発行された請求書・領収書等に記載された金額の範囲内)として、100,000円以上を10,000円単位で貸付ける。</p> <p>(添付書類)</p> <p>①「産科医療補償制度」加入の有無及び「直接支払制度・受取代理制度」を利用しない事が判る書類</p> <p>②Aの対象者：出産予定日まで1ヶ月以内であることを証明する書類、または母子健康手帳の写し Bの対象者：妊娠4カ月(85日)以後であることを証明する書類、または母子健康手帳の写し、及び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</p> <p>③被保険者が退職後6ヶ月以内の出産で申請する場合：現在加入している健康保険証の写し 出産の6ヶ月以内に被保険者として勤務していた被扶養者の場合：当時加入していた健康保険の保険者名・所在地・電話番号を明記した書類</p>					