事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

健康保険　出産費資金貸付金申込書

被保険者が記入するところ

申 込 日	令和　　年　　月　　日	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合はレ）
保険証の記号・番号　（右づめ）	被保険者の所属・氏名	生年月日
6 6 7 8	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	昭和 平成 令和　　年　　月　　日

出 産 予 定 日	令和　　年　　月　　日
貸付申込の要件 ※いずれかにチェック	☐ ①出産予定日１ヵ月以内の者又は出産予定日まで１ヵ月の被扶養者を有する者
	☐ ②妊娠４ヵ月以上の者（被扶養者を含む）で医療機関に一時的支払いが必要となった者
請求する保険給付の種類 ※いずれかにチェック	☐ ①被保険者出産育児一時金
	☐ ②家族出産育児一時金
配偶者が分娩の場合 その氏名、生年月日	氏　　名
	生年月日　　昭和・平成・令和　　年　　月　　日
貸付申込金	円　（貸付限度額は出産育児一時金等の８割）

貸付金振込先 （申込者の口座）	（銀行コード）	（支店コード）	口座番号（右づめ）
	銀行 金庫 農協	支店	普通 当座
	口座名（カタカナで記入）		

上記出産費貸付金の貸付を受けたいので申込いたします。

令和　　年　　月　　日

安川電機健康保険組合　殿

被保険者　住 所

氏 名

健保記入欄

貸付限度額	貸付決定額
◇ 産科医療制度に加入の医療機関の場合 420,000 円 × ０．８ ＝ ３３６，０００ 円 ◇ 産科医療制度に未加入の医療機関の場合 404,000 円 × ０．８ ＝ ３２３，２００ 円	円

支払印

※ 太枠内を記入してください。

※ 添付書類

① 母子手帳の写し　（出産予定日、あるいは妊娠4ヵ月（85日）以上であることが確認できる他の書類でも可）

② 医療機関が発行した出産費用の請求書　（ 出産予定日まで１ヵ月以内の人は不要）