

健保組合 宛

| | | | | | |
|-------------------|-----------|------|-----|-----|-----|
| 支 払 (貸 付) 決 議 書 | | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
| 貸付同年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 決裁年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 支払 (貸付) 年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 貸付金決定額 | 円 | 備考 | | | |
| 算定基礎 | × 8 0 % = | | | | |

出産資金貸付申請書

| | | | | | | | |
|---------------------|--|-------|-------|-----------------|-------------|----------------|--|
| 健康保険 被保険者証 | 記号 | 1 | 社員No. | 1234-5 | 被保険者 氏 名 | 健保 太郎 | |
| | 番号 | 1234 | | | | | |
| 出産予定日 | 平成 20 年 8 月 5 日 | | | | | | |
| 被扶養者による 出産の場合 | 被扶養者氏名 | 健保 花子 | 続柄 | 妻 | 生年月日 | 昭和50 年 5 月 5 日 | |
| 申請の 該当事項 | 1 出産予定日まで1ヶ月以内の被保険者本人 | | | | | | |
| | 2 妊娠4ヶ月以上の者で医療機関に一時的な支払が必要となった者 | | | | | | |
| | ③ 出産予定日まで1ヶ月以内の被扶養者を有する者 | | | | | | |
| | 4 妊娠4ヶ月以上被扶養者を有する者で医療機関に一時的な支払が必要となった者 | | | | | | |
| 記入欄 | 上記により「出産資金貸付」を申請します。 | | | | | | |
| | 平成 20 年 7 月 10 日 提出日を記入して下さい | | | | | | |
| | 社内便宛先 | | 申請者 | | 大阪本社 部 | | |
| | | 氏 名 | | 8 0 3 - 健保 太郎 印 | | | |
| サカタインクス健康保険組合 理事長 殿 | | | | | | | |

該当する項目に
○を付けて下さい

- 鉛筆書き、記入漏れは受け付けられません。 支 払 受 付
- 申請には以下の添付資料が必要です。
該当事項 1・3 母子健康手帳の写しその他、出産予定日まで1ヶ月以内であることを証明する書類
該当事項 2・4 母子健康手帳の写しその他、出産予定日まで4ヶ月以内であることを証明する書類
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証
- 配偶者が他の保険者の被保険者であった場合又は喪失後6ヶ月以内の場合、その被保険者の発行する「出産育児一時金」を支給しない旨の証明を添付してください。

| | | | | | |
|--------------------------------|---------|-------|--|----------|--|
| 退職後の場合、振込銀行の指定 (指定の無い場合は健保預かり) | | | | 被保険者との続柄 | |
| フリガナ | | フリガナ | | 申請者 | |
| 銀行名 | | 本支店名 | | | |
| 種別 | 当・普・その他 | フリガナ | | 口座名義人 | |
| 口座番号 | | 口座名義人 | | | |