

記入しないで下さい

受付年月日 平成 年 月 日

健保記入欄	貸付決定	年月日	平成	年	月	日	常務理事	担当理事	所属長	主担者	係員	
		金額										
	決定期間	自平成	年	月	日	日間	支払	平成	年	月	日	
		至平成	年	月	日	日間	返済	平成	年	月	日	
算出基礎	出産育児一時金等 円						備考					
	×0.8=貸付金 円											

出産費資金貸付申込書

事業主記入欄	事業所所在地	責任者	担当者
	事業所名称		

医療機関の証明をもらってください

医療機関証明欄	出産予定者	氏名	健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 51年 4月 15日 <input type="checkbox"/> 平成
	出産予定日	平成 21年 10月 28日		妊娠	9カ月
					<input checked="" type="radio"/> 単胎 ・ 多胎
				出産に要する費用の請求額	450,000円
	出産予定医療機関	所在地	(〒×××-××××) 大阪府〇〇市〇〇町〇〇1-2-3 TEL (06) 1234-5678		
		名称	大阪〇〇病院		

※ 医療機関等への直接支払制度を利用される場合は出産費資金を貸付できません

出産予定医療機関にご確認の上、ご記入ください

被保険者記入欄	出産予定医療機関等で、出産にあたって事前に予約金が必要で (<input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない) → 予約金が必要な場合は予約金の金額が分かる請求書等を添付										
	上記出産費資金貸付金として金 <u>312,000</u> 円の貸し付けの申込みをします。 なお、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用いたしません。 平成 21年 10月 1日 パナソニック健康保険組合 理事長 殿										
	被保険者証 記号 <u>10</u> 番号 <u>1234567</u> 住 所 (〒×××-××××) 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号										
	氏 名 <u>健保 太郎</u> TEL (〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇										
	振込希望金融機関	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所			<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他			
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ名義	ケンボ タロウ		
									健保 太郎		

被保険者名義の銀行名及び口座番号を記入してください

健保