

受付年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当
同年月日	令和 年 月 日				
決裁年月日	令和 年 月 日				
支払(貸付)年月日	令和 年 月 日				
貸付金決定額		円	(算出基礎)		
出産(予定)年月日	令和 年 月 日				

※上記枠内は記入しないでください。

出産費資金貸付申込書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	貸付申込額	金 円				
	被保険者証の 記号番号	記号	番号	事業所 の名称		
	被保険者氏名		被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	被扶養者が出産するた めの貸付であるとき	被扶養者 氏名		被扶養者 生年月日	昭和 平成	年 月 日
	出産予定年月日	令和 年 月 日	被扶養者となった日	昭・平・令	年 月 日	
	妊娠経過期間	ヶ月 週	単胎・多胎 (児)			
	入院して出産するとき	医療機関又は 助産施設の 名称		医療機関 又は助産 施設の 所在地		
	出産に要する費用	円				
	申 込 理 由 (該当番号に○で 囲んでください。)	1	出産予定日まで1ヶ月以内の者または出産予定日まで1ヶ月以内の被扶養者を有する者			
		2	妊娠4ヶ月以上の者で医療機関等に一時的な支払が必要になった者または妊娠4ヶ月以上の被扶養者を有する者で医療機関等に一時的な支払が必要になった者			
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入) (注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 被保険者本人以外の公金受取口座は利用できません。					
	振込先の銀行 (被保険者名義の口座を 記入してください。)	銀行 店 普通 信用金庫 店 当座				
		口座名義	(フリガナ)	口座番号		
	上記のとおり出産費資金貸付規程による貸付を受けたいので申込みます。 令和 年 月 日 住所 〒 被保険者 氏名 電話 セイコー健康保険組合理事長 殿					

(添付書類)

直接支払制度を利用しない旨の合意文書および

- 貸付対象者が出産予定日1ヶ月以内の者である場合は、母子手帳の写し、出産予定日まで1ヶ月以内であることを証明する書類。
- 貸付対象者が妊娠4ヶ月以上の場合で医療機関等に一時的に支払が必要となった者である場合は、母子手帳の写し、またはその他妊娠4ヶ月以上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または領収書。