

常務理事	事務長	担当者

出産費資金貸付金申込書

※原則として、医療機関等で直接支払制度が実施されていない場合のみの対応となります。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①被保険者の氏名		②氏名コード		③被保険者証の記号一番号		
	シャチハタ可 印						
	④事業場・支社・支店			⑤所属		⑥勤務地	
	⑦電話番号		会社	-	-	自宅	-
	⑧分娩者の氏名		⑨分娩者の生年月日		昭・平	年	月 日
	⑩分娩者と被保険者の関係		⑪分娩予定日		平成	年	月 日
	⑫妊娠経過年月 ※妊娠4ヶ月以上経過していること		ヶ月 (週)	⑬分娩予定数		単胎・多胎 (児)	
	上記のとおり出産費資金貸付を受けたいので、申請いたします。				平成	年	月 日
	住所 〒 -				被保険者 氏名		
					シャチハタ可 印		

●ご確認ください●

【対象者】 被保険者の場合は健保加入期間が1年以上ある方。被扶養者の場合は、認定後6ヶ月を経過している方

【添付書類】 ①妊婦等と医療機関等で交わした直接支払制度を利用しない旨の合意文書の写し
②母子手帳の写し(分娩者と出産予定日がわかるページ)

【お願い】ボールペンで記入してください。(鉛筆・消せるボールペンでの記入不可)
ご提出前に記入漏れ、捺印、添付書類の確認を再度お願いします。

【問合せ先】 花王健康保険組合 茅場町 ☎03-3660-7681 内線8-1-7681
大阪 ☎06-6533-7599 内線8-2-7599

健 保 記 入 欄	貸付日		年 月 日	分娩予定日		年 月 日
	貸付額		円	分娩予定数		単胎・多胎 (児)
	被 保 険 者	取得日	年 月 日	被 扶 養 者	認定日	年 月 日
		喪失日	年 月 日		削除日	年 月 日

健保受付印	健保処理印	健保確認印