

貸付 決定	年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担当者	資 格	
	金額	円				取得	. .
出産 予定日	年 月 日		支払	年 月 日	喪失	. .	
	算出基礎					備考	被扶養者
				照合印			

出産費資金貸付申込書

※和暦でご記入下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号番号		事業所	名称	TEL		
				所在地			
	出産予定者	氏名		生年月日		続柄	
	出産による費用の 支払予定の医療機関		名称				
			所在地				
	出産予定日	年 月 日					
	この出産による出産育児一時金等を 他の健康保険から支給を受けられるかどうか				受けられる	受けられない	
	振込希望の銀行		銀行 支店	普通 当座 No.	名義		
	上記出産に係る支払資金として金 _____ 円の貸付を申込み致します。						
	年 月 日 クラレ健康保険組合理事長 殿 住 所 TEL 氏 名						

印

(注) この申込書には、母子健康手帳の写し、その他出産予定日の証明書等を添付すること。