支払印　　決裁印　　受付印

出産費資金貸付申込書（支給No.　　　）

Ⓟ

出産者が出産予定日前6箇月以内にそごう・西武健保以外の資格がある場合、従前加入の保険に対しては資格喪失後の出産育児一時金申請をすることはできません。

被保険者記入事項

①被保険者証の記号・番号	（記号）　－　（番号）	②所属事業所の名称	
③被保険者の氏名		④貸付申込額	円
⑤申込事由	出産予定日まで1箇月以内　・　妊娠4箇月（85日）以上の方で、病院・産院等に一時的な支払を必要とする		
⑥出産（予定）者	被保険者　・　被扶養者	⑦被扶養者の氏名・続柄	続柄：
⑧出産（予定）者の生年月日	昭和・平成　年　月　日	⑨出産予定日	平成　年　月　日
⑩出産（予定）者の胎数	単　胎　・　多　胎（　　）胎	⑪出産に要する費用の額	円
⑫お振り込み先	銀　行 支　店	口座番号（普通・当座）	受取人氏名（フリガナ）

上記のとおり申込いたします。

平成　年　月　日　　〒　－　　TEL　－　－

被保険者の

そごう・西武健康保険組合 理事長 殿　　住所氏名　　印

⑤で「妊娠4箇月（85日）以上の方で、病院・産院等に一時的な支払を必要とする方」とされた方は下記書類を添付して下さい。

●医療機関が発行した出産費用の請求書（写し）又は領収書（写し）

委任状　被保険者記入事項

出産育児一時金・家族出産育児一時金の受領を下記の者に委任いたします。

平成　年　月　日　　被保険者の氏名　　印

そごう・西武健康保険組合理事長またはその復代理人 殿　　復代理人の氏名　　印

医師または助産師の証明

被保険者記入事項「⑤申込事由」で

「出産予定日まで1箇月以内」としたもの………　出産予定日　年　月　日　胎数（　　）

「妊娠4箇月（85日）以上の方で、病院・産院等に一時的な支払を必要とする」としたもの………　妊娠　月（　日）　胎数（　）

上記のとおり証明いたします。

平成　年　月　日　　証明者の住所氏名　　印

健康保険組合記入

貸付金見込額算出基礎 出産育児一時金・家族出産育児一時金　円×0．8＝　円			☐ 直接払 ☐ 間接払（給与振込）	
決裁貸付額　円		支　払　日	平成　年　月　日	
・一般被保険者 資格取得年月日	昭和・平成　年　月　日	精算（相殺）日	常務理事	
・　〃　資格喪失年月日	平成　年　月　日			
・任意継続被保険者資格取得年月日	平成　年　月　日	平成　年　月　日		
・　〃　資格喪失年月日	平成　年　月　日			

そごう・西武健康保険組合