

※ 記入例

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) 7001 - (番号) 555123	②所属事業所の名称	そごう OO店
	③被保険者の氏名	十合 太郎	④貸付申込額	240,000 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	十合 花子 続柄: 妻
	⑧出産(予定)者の生年月日	昭和 ・平成 57 年 2 月 14 日	⑨出産予定日	平成 16 年 6 月 6 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	880,000 円
	⑫お振り込み先	ミレニアム野田 銀行支店	口座番号(普通・当座) 123456	受取人氏名(フリガナ) ソゴウ タロウ
	上記のとおり申込いたします。 平成 16 年 5 月 10 日			
	〒 673-0123 TEL 078-210-1234			
	被保険者の 神戸市神戸町4-3-15 住所氏名 十合 太郎 (印)			
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿			

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)

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 16 年 5 月 10 日 被保険者の氏名 十合 太郎 (印) 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

助産師または医師の証明	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」としたものの…………… 出産予定日 16 年 6 月 6 日 胎数(単) 「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」としたものの…………… 妊娠 _____ 月(_____ 日) 胎数(_____)
	上記のとおり証明いたします。 ※この欄は医師または助産師に証明をもらってください 平成 16 年 5 月 9 日 証明者の 神戸市高島2-19-12 住所氏名 実玲産婦人科 実玲吾郎 (印)

健康保険組合記入	貸付金見込額算出基礎		<input type="checkbox"/> 直接払		
	出産育児一時金・家族出産育児一時金 円×0.8= _____ 円		<input type="checkbox"/> 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	_____	_____
・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				

そごう・西武健康保険組合