

貸付決定	年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係
	金 額	円			

出 産 費 資 金 貸 付 申 込 書

被 保 険 者 記 入 欄	貸付申込額	金 円		貸付限度額	(3 3 0 , 0 0 0 円)	
	被保険者等の 記号・番号			事業所の名称		
	フリガナ			被保険者 生年月日	年 月 日	
	被保険者氏名					
	被保険者住所	〒 (TEL)				
	出産予定日	年 月 日				
	貸付申込の要件	① 出産予定日の1ヶ月前の者				
		② 妊娠4ヶ月以上で医療機関等の一時的な支払いが必要となった者				
	請求する保険 給付の種類	① (被保険者) 出産育児一時金				
		② 配偶者出産育児一時金				
	給付の種類が② の場合配偶者の	氏 名				
		生 年 月 日	年 月 日			
		被扶養者となった日	年 月 日			
	振込希望 金融機関	銀行 支店	普通・当座 No.	口座 名	フリガナ	
出産費資金貸付規程により貸付を受けたいので、上記のとおり申込みます。 年 月 日 ユニチカ健康保険組合 理事長 殿 被保険者氏名 _____						

- (注) 1. 貸付申込額は1万円単位 (1万円未満は四捨五入)
2. 母子手帳等 (出産予定日を証明する書類) を添付してください。(コピー可)
3. 貸付申込の要件が②の場合は医療機関等の請求書等を添付してください。