

支払 (貸付) 決議書	貸付決定額						常務理事	事務長	課長	担当者	被扶養者 台帳照合印
	受付年月日	令和	年	月	日						
	同年月日	令和	年	月	日						
	決裁年月日	令和	年	月	日	出産予定日	令和	年	月	日	
	支払年月日	令和	年	月	日	貸付申込額	円				
	算出基礎						備考				

出産費資金貸付申込書

(被保険者・家族)

被 保 険 者 記 入 欄	貸付申込金額 金		円		限度額	336,000円(加算対象出産の場合。) 323,200円(以外の出産。)						
	被保険者証の 記号・番号			事業所の 名 称								
	フリガナ 被保険者氏名			被保険者 生年月日			昭和・平成 年 月 日					
	配偶者が出産 するための貸 付であるとき			配偶者 氏 名			配 偶 者 生年月日			昭和・平成 年 月 日		
	出産予定年月日		令和		年		月		日	妊娠経過期間		ヶ月 週
	入院して出産 するとき		病医院 の名称			病医院の 所在地						
	出産に要する費用		円									
	上記のとおり出産費資金貸付規程に基づく貸付を受けたいので申し込みます。											
	令和 年 月 日		住 所			被保険者(申込者)						
			氏 名			電 話 () -						
千葉県食品製造健康保険組合理事長 殿												
払込希望 金融機関		銀 行 名	銀 行 店			預 金 種 別	普 通 貯 蓄 座	口座番号		(カタカナで記入すること)		
								口座名義				

加算対象出産とは、産科医療保障制度に加入する医療機関等の医学管理下における在胎週数が22週に達した日以後に出産した場合をいいます。(死産を含む。)

(注)

1. 貸付対象者が出産予定日1ヵ月以内の者であるときは、次のものを添付する。
 - (ア) 母子健康手帳の写(母親の氏名が確認できる頁の写)
 - (イ) 出産予定日まで1ヵ月以内であることを証明する書類(母子健康手帳の出産予定日が記載された頁の写で可。)
2. 貸付対象者が妊娠4ヵ月以上の者で医療機関に一時的に支払いが必要となった者であるときは次のものを添付する。
 - (ア) 母子健康手帳の写(母親の氏名が確認できる頁の写)
 - (イ) 妊娠4ヵ月以上であることを証明する書類(母子健康手帳の出産予定日が記載された頁の写で可)
 - (ウ) 医療機関が発行した費用明細のある請求書または領収書の写