

伺	常務理事	事務長	担当者

健 保 処 理	貸付金額	支払額	円	振込日	令和 年 月 日	
	資格確認	本人	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
		被扶養者	認定日	年 月 日		
貸付 限度額	①出産育児一時金又は家族出産育児一時金の支給見込額×0.8=②資金の貸付限度額 ①の額(500,000円)×0.8=②の額(400,000円)					

出産費資金貸付申込書

被 保 険 者 記 入 欄	事業所名				記号・番号	-	
	出産予定者	氏名			続柄(○で囲む)	本人・被扶養者	
	出産するとき の医療機関	名称					
		所在地					
	出産予定日	令和 年 月 日					
	妊娠経過期間	ヶ月 週					
	貸付希望額	円					
	振込希望 金融機関	銀行	・普通	口座		フリガナ	
		支店	・当座	番号		名 義	
	記 入 欄	上記出産費資金の貸付を申し込みます。 令和 年 月 日 レンゴー健康保険組合理事長 殿 住所 氏名					
事 業 主 記 入 欄	上記のとおり出産にかかる支払いを要するため、資金貸付の申込がありましたので提出します。 令和 年 月 日 所在地 事業所名称 代表者氏名						

(添付書類)

1. 出産予定日まで1ヶ月以内の者又は出産予定日まで1ヶ月以内の被扶養者を有する者
* 母子健康手帳の写し又は出産予定日まで1ヶ月以内であることを証明する書類
2. 妊娠4ヶ月以上の者又は妊娠4ヶ月以上の被扶養者を有する者で医療機関に一時的な支払いが必要となった者
* 母子健康手帳の写し又は出産予定日まで4ヶ月以内であることを証明する書類
* 医療機関等からの出産に要する費用の内訳のある請求書又は領収書

(注)母子健康手帳の写しは両親の氏名及び出産予定日が記載されているページ