

※貸付番号		常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者
※申込日	年 月 日						
※決定日	年 月 日						
※出産費見込額	円	資格取得日		年 月 日			
		資格喪失日		年 月 日			
※貸付決定額	円	被扶養者認定日		年 月 日			

出産費貸付申込書

※欄は記入しないでください

被保険者証の記号番号	記号		番号	
事業所の名称				
事業所の住所				
被保険者の氏名				
出産費資金 対象者	氏名			
	生年月日	年 月 日	続柄	
該当病院名				
病院所在地	TEL. ()			
請求額又は支払額	円	費用の内訳のある請求書又は領収書を裏面に添付して下さい。		
※保険診療対象 総点	点	① 入院 ② 通院		

上記の出産費資金の貸付を申込みます。

なお、貸付金については下記口座へお振込み下さい。

年 月 日 氏名

信用金庫	信用金庫	支店
番 号	普通・当座	
口 座 名 (カナ)		