

## 出産費資金貸付申込書

平成 年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会理事長 様

次のとおり、出産費資金の貸付を申し込みます。

なお、貸付金は私の指定する下記の預金口座に振り込んでください。

申込者	フリガナ		被保険者証の 記号番号					
	氏名			印	生年月日	昭和 年 月 日		
世帯主 組合員	住所	〒						
		(電話) - -						
出産予定 被保険者	フリガナ		世帯主との 続柄					
	氏名			生年月日	昭和 年 月 日			
出産予定日	平成 年 月 日							
貸付対象区分	1 出産予定日まで1ヶ月以内の者 2 妊娠4ヶ月(85日)以上で医療機関等に一時的な支払が必要となった者							
貸付申込額	金		0	0	0	円	貸付限度額	,000円
						前回までの貸付額	,000円	
						今回申込の限度額	,000円	
貸付金の 振込先	金融 機関名	銀行 支店		フリガナ				
				口座名義				
	口座種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄		口座番号				
確認別及び 確認者職氏名	上記の出産予定を 1 母子健康手帳 2 その他 ( ) で確認しました。 なお、他保険者からも同様の貸付を受けていない旨申込者に確認しました。 保険者担当者職名 氏名 印							

- (注) 1. 申込者は太枠部分のみ記入してください。  
2. 貸付申込額は1千円単位(1千円未満は切り捨て)となっております。  
3. 母子健康手帳等(出産予定日を証明する書類)の写しを添付してください。  
4. 貸付対象区分が2の方は、医療機関等の請求書又は領収書の写しを添付してください。  
5. 貸付金の振込先に郵便局は含まれません。

整理区分	保険者名	整理番号