健康保険組合			受付年月日	事業主側経由所属		
長	長	担当者		長	長	担当者

令和　　年度	保健事業費・出産費貸付金・出産費貸付金
貸付金額	円

＜家族出産の場合＞
扶養認定
年月日　平・令　　年　　月　　日

入力受付No

出 産 費 資 金 貸 付 申 込 書

令和　　年　　月　　日

被保険者番　号		被保険者氏　　名	※自筆の場合、押印省略可 ㊞		
被保険者住　　所			被保険者所　属		
出産予定者氏　　名		続柄		出産予定日	令和　　年　　月　　日
（※1）一時的に必要となった金額	円（別紙領収書・請求書のとおり）			（※2）妊娠経過期　間	ヶ月　　週
（※3）振込を希望する金融機関	振込先銀行			口座番号	No
	預金種別	普通・当座	口座名義	（カナ）	

※ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

（注）1. 出産予定日を証明できる書類（母子手帳の写し等）を添付。
2. 妊娠4ヶ月を経過した者で、医療機関に対し一時的な支払いが必要となった場合の申し込みに関しては、（※1）（※2）（※3）を記入。[医療機関等からの出産に関する費用の内訳のある請求書を添付]
3. 被保険者であった者（資格喪失後6ヶ月以内の者）の申し込みは、（※3）を記入。

（令和6年12月）