

起 案（ 受 付 ） 日	平成	年	月	日
決 定（ 出 産 予 定 ） 日	平成	年	月	日
貸 付 限 度 額	320,000円			
貸 付 申 込 額			円	□ 有資格
貸 付 決 定 額			円	
支 払 年 月 日	平成	年	月	日

貸 付 決 定 伺			
常 務 理 事	事 務 長	経 理 担 当 者	給 付 担 当 者
決 議 年 月 日	平成		年 月 日
備 考			受付日付印

出 産 費 資 金 貸 付 申 込 書

(第 回)

[1] 貸 付 申 込 額	金 円															
貸 付 限 度 額	出 産 育 児 一 時 金 の 支 給 見 込 額（ 404,000 ） 円 × 0.8 ＝ 資 金 の 貸 付 限 度 額（ 320,000 ） 円															
[2] 被 保 険 者 証 の 記 号 - 番 号	-			[3] 事 業 所 の 名 称												
[4] 被 保 険 者 の 氏 名 と 生 年 月 日	(氏名)				生 年 月 日		昭和・平成		年 月 日							
[5] 被 扶 養 者 が 出 産 す る と き は、被 扶 養 者 の 氏 名 と 生 年 月 日	(配偶者氏名)				生 年 月 日		昭和・平成		年 月 日							
[6] 出 産 予 定 年 月 日	平成				年 月 日		[7] 妊 娠 経 過 期 間		(カ月 ・ 週)							
[8] 入 院 し て 出 産 す る と き	医療施設等の名称・連絡先	(名称)(TEL)			医療施設等の所在地		〒									
[9] 直 接 支 払 制 度 (該 当 す る 方 に ○)	直接支払に不同意 ・ 直接支払制度未導入に合意															
[10] 出 産 に 要 す る 費	金 円															
[11] 被 保 険 者 名 義 の 振 込 希 望 金 融 機 関	振込先	預金種別	1 普通		銀行				本店	口座名義						
			2 当座											金庫	支店	
	支店コード				口座番号											
																(被保険者名義)
																※旧姓・新姓にご注意ください
上記のとおり出産費資金貸付規程による貸し付けを受けたいため申し込みます。																
平成 年 月 日 円																
住所																
被保険者																
氏名 印																
TEL ()																
ひかり健康保険組合理事長 殿																

1. 貸付対象者が出産予定日まで1カ月以内の方の提出書類
- ①.母子手帳の表紙のお名前記載されたページのコピー
- ②.母子手帳の出産予定日記載されたページのコピー
- ③.未導入の合意書(※1)のコピーもしくは直接支払不同意の書面のコピー
- ※1…直接支払制度を導入しない医療施設ではその旨を分婉される方に説明をし、合意文書を交わすことになっております。
2. 貸付対象者が妊娠4カ月以上で医療機関に一時的な支払が必要になった方の提出書類
- ①.母子手帳の表紙のお名前記載されたページのコピー
- ②.母子手帳の出産予定日記載されたページのコピー
- ③.未導入の合意書(※1)のコピーもしくは直接支払不同意の書面のコピー
- ④「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、または領収書

起案(受付)日	平成	年	月	日	貸付決定欄			
決定(出産予定)日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	経理担当者	給付担当者
貸付限度額	健康保険組合の記入欄							
貸付申込額								
貸付決定額								
支払年月日	平成	年	月	日	備考		日付印	

出産費資金貸付申込書 (第 回)

[1] 貸付申込額	金 320,000 円		1,000円単位切捨て	
貸付限度額	出産育児一時金の支給見込額(404,000)円×0.8＝資金の貸付限度額(320,000)円			
[2] 被保険者証の記号-番号	1 - 12345	[3] 事業所の名称	株式会社 光通信	
[4] 被保険者の氏名と生年月日	(氏名) 光 花子	生 年 月 日	昭和 54 年 10 月 1 日	平成
[5] 被扶養者が出産するときは、被扶養者の氏名と生年月日	(配偶者氏名)	生 年 月 日	昭和 年 月 日	平成
[6] 出産予定年月日	平成 27 年 2 月 1 日	[7] 妊娠経過期間	◇◇ (カ月・週)	
[8] 入院して出産する	医療施設等の名称・連絡先	(名称) 豊島産婦人科病院 (TEL) 03-0000-XXXX	医療施設等の所在地	〒 171-0022 東京都豊島区南池袋〇丁目△番◇号
[9] 直接支払制度(該当する方に○)	直接支払に不同意 ・ 直接支払制度未導入に合意			
[10] 出産に要する費用	金 420,000 円			
[11] 被保険者名義の振込希望金融機関	振込先	預金種別	1 普通 2 当座	三菱東京UFJ 銀行 金庫 池袋 本店 支店 出張所
	支店コード	3 5 9	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
			口座名義	(フリガナ) ヒカリ ハナコ (被保険者名義) 光 花子 ※旧姓・新姓にご注意ください

上記のとおり出産費資金貸付規程による貸し付けを受けたいため申し込みます。

平成 27 年 1 月 1 日 〒 000-XXXX

住所 東京都豊島区〇〇町XXX-△△

被保険者 氏名 光 花子

TEL 03(0000)XXXX

ひかり健康保険組合理事長 殿

1. 貸付対象者が出産予定日まで1カ月以内の方の提出書類
- ①. 母子手帳の表紙のお名前記載されたページのコピー
 - ②. 母子手帳の出産予定日記載されたページのコピー
 - ③. 未導入の合意書(※1)のコピーもしくは直接支払不同意の書面のコピー
- ※1…直接支払制度を導入しない医療施設ではその旨を分婉される方に説明をし、合意文書を交わすことになっております。
2. 貸付対象者が妊娠4カ月以上で医療機関に一時的な支払が必要になった方の提出書類
- ①. 母子手帳の表紙のお名前記載されたページのコピー
 - ②. 母子手帳の出産予定日記載されたページのコピー
 - ③. 未導入の合意書(※1)のコピーもしくは直接支払不同意の書面のコピー
 - ④. 「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、または領収書

受 付 年 月 日	平成 年 月 日
貸 付 番 号	

備 考	
-----	--



出 産 費 資 金 借 用 証 書

ひ か り 健 康 保 険 組 合

理 事 長 儀 同 康 殿

金 額									円
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	---

私は、ひ か り 健康保険組合「出産費資金貸付規程」に基づく資金を上記のとおり借用しました。
借用の上は、同資金貸付規程を守り、返済いたします。

平成 年 月 日

借受人

〒

住所 _____

氏名 _____

印

電話 _____ () _____

- 借受人の印鑑は、申込書に押印した印鑑とします。
- 貸付金の入金確認後、速やかにご提出ください。

受付年月日	平成 年 月 日	健康保険組合の記入欄	受付日付印
貸付番号			

出産費資金借用証書

ひかり健康保険組合

理事長 儀同 康 殿

金額		¥	◇	◇	◇	◇	◇	◇
----	--	---	---	---	---	---	---	---

私は、ひかり健康保険組合「出産費資金貸付規程」に基づく資金を上記のとおり借用しました。
借用の上は、同資金貸付規程を守り、返済いたします。

平成 27 年 1 月 15 日

借受人

〒 × × × - △ △ △ △

住所 東京都豊島区〇〇町 × × × - △ △

氏名 光 〇〇 ※ 被保険者氏名



電話 △ △ △ - (〇 〇 〇 〇) - × × × ×

- 借受人の印鑑は、申込書に押印した印鑑とします。
- 貸付金の入金確認後、速やかにご提出ください。