

							整理番号					
貸付決定決議書	同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	課長	係長	係	入力	
	貸付決定額											
	分与日	平成					年	月	日			照合
	算出基礎	法定給付額 × 0.8					備考					
						貸付年月日	平成	年	月	日		

## 出 産 費 資 金 貸 付 申 込 書

( 年 月 診療分)

被 保 険 者	健康被保険者証の記号				事業所	名称					
	番号				所在地						
保 険 者	出産予定者の氏名					生年	月	日	被保険者との続柄		
						昭・平	年	月	日		
者	出産予定の病院・産院	名称					TEL.				
		所在地									
記 入 欄	出産に要する費用について請求を受けた額			円	分娩予定日	平成	年	月	日		
	<p>名古屋薬業健康保険組合理事長 様</p> <p>出産費資金の貸付を受けたいので、上記のとおり申込みます。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者 氏名</p> <p style="text-align: center;">TEL. (            )            -           </p>										
事 業 主 証 明 欄	<p>出産費資金の貸付を申込みした上記の被保険者は、当事業所に勤務していることを証明します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">事業所 名称</p> <p style="text-align: center;">事業主氏名</p>										

添付書類

1. 分娩予定日まで1か月以内の被保険者、または、分娩予定日まで1か月以内の被扶養者を有する被保険者の方の場合  
母子保健法第16条第1項の規定により交付された母子健康手帳の写し、その他出産予定日まで1か月以内であることを証明する書類を提出してください。
2. 妊娠4か月以上の被保険者で、医療機関に一時的な支払いが必要となった方、または妊娠4か月以上の被扶養者を有する被保険者で医療機関に一時的な支払いが必要となった方の場合  
母子健康手帳の写し、その他、妊娠4か月以上であることを証明する書類及び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を提出してください。

受付年月日