

出産資金貸付申込書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険の 記号・番号	記号 — 番号	事業所	名称	勤務先の名称をご記入ください	
				所在地	勤務先の所在地をご記入ください	
	(フリガナ) 被保険者氏名	被保険者の氏名をご記入ください			被保険者の 生年月日	昭・平・令〇〇年〇〇月〇〇日
	(フリガナ) 出産予定者の氏名	出産予定者の氏名をご記入ください		続柄 〇〇	出産予定者 の生年月日	昭・平・令〇〇年〇〇月〇〇日
	出産予定年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		医療機関に一時的な 支払が必要となった金額		〇〇〇〇〇〇円
	分娩する医療機関等 の名称及び所在地	名称	病院の名称をご記入ください			
		所在地	病院の所在地をご記入ください			
	振込金融機関 (被保険者名義のもの)					
	銀行・金庫			(支)店 出張所 営業部	普通・当座	
	被保険者名義の振込口座をご記入ください <small>(漢数字3桁)を記入)</small>					
口座番号						
<p>上記出産費の支払資金として 金 _____ 円 の貸付を申し込みいたします。</p> <p>令和〇〇年〇〇月〇〇日 この金額欄は何も記入しないでください</p> <p>大阪港湾健康保険組合理事長 殿 〒 _____</p> <p>被保険者 住所 <u>被保険者の住所をご記入ください</u></p> <p>氏名 <u>被保険者の氏名をご記入ください</u></p> <p>電話 <u>被保険者の連絡先をご記入ください</u></p> <p>出産予定日をご記入ください</p>						
委任欄	<p>令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日分娩予定で、支給を受けることが見込まれる出産育児一時金の受領に関する権限を 大阪港湾健康保険組合理事長 に委任いたします。</p> <p>被保険者氏名 (自署) <u>被保険者の氏名をご記入ください</u></p>					

【添付書類】

1. 出産予定日まで1ヶ月以内の貸付申込の場合は、母子健康手帳のコピーもしくは、その他出産予定日まで1ヶ月以内であることを証明する書類
2. 妊娠4ヶ月以上の者で医療機関等に一時的な支払いが必要となった貸付申込の場合は、母子健康手帳のコピー、またはその他妊娠4ヶ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のコピー

※ 裏面の留意事項を参考にご記入ください。

出産費資金貸付の要件 その他の留意事項

(貸付対象者)

- (1) 健康保険組合の被保険者であって、出産育児一時金等の支給を受ける見込があり、次の各号のいずれかに該当する方が対象となります。
 - (ア) 出産予定日まで1ヶ月以内の者、又は、出産予定日まで1ヶ月以内の被扶養者を有する者。
 - (イ) 妊娠4ヶ月以上の者で、医療機関に一時的な支払いが必要となった者、又は、妊娠4ヶ月以上の被扶養者を有する者で、医療機関に一時的に支払いが必要となった者。

(貸付金額)

- (2) 資金の貸付限度額は、出産育児一時金支給見込額の10分の8までとなっています。

(貸付期間)

- (3) 当該貸付金に係る出産育児一時金等が支給されるまでの期間とし、貸付金に利息はかかりません。

(返済方法)

- (4) 貸付申込者は、出産育児一時金等の受領を健康保険組合の理事長に委任してもらいます。
- (5) 貸付金の返済は、健康保険組合の理事長が代理受領した出産育児一時金等を充当し、貸付金額を上回った額については、当該上回る額を申込者が指定した金融機関の口座に振り込みます。

(貸付申込みについて)

- (6) 資金の貸付を受けようとする者は、出産費資金貸付申込書・出産費資金貸付借用書に次の該当各号に定める書類を添付し、健康保険組合へ提出してください。
 - (ア) 上記の(1)の(ア)に該当する者は、「母子健康手帳」のコピーか、又は、出産予定日まで1ヶ月以内であることを証明する書類。
 - (イ) 上記の(1)の(イ)に該当する者は、「母子健康手帳」のコピーか、又は、妊娠4ヶ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請求書又は領収書。

※ 以上の内容でわからないことがありましたら、大阪港湾健康保険組合までお尋ねください。

出産費資金貸付借用書

借受金額	金	借入金額をご記入ください	円
------	---	--------------	---

大阪港湾健康保険組合出産費資金貸付規定により、上記の金額を確かに借用いたしました。

返済にあたりましては、大阪港湾健康保険組合理事長殿に受領を委任した出産育児一時金等（分娩予定日 令和〇〇年〇〇月〇〇日）が支給される日に、その支給をもって返済いたします。

万一、出産育児一時金が不支給になったときは、全額を直ちに返済いたします。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

大阪港湾健康保険組合理事長 殿

住所 被保険者の住所をご記入ください
被保険者
(債務者)
氏名
(自署) 被保険者の氏名をご記入ください