

出産費貸付制度をご利用の場合は、直接支払制度を利用することはできません。

(様式第1号)

全国健康保険協会管掌  
健康保険・船員保険

## 出産費貸付金貸付申込書

無利子の融資制度です。

貸付申込額	金	万	0	0	0	0	円	貸付限度額	330,000円	
								前回までの貸付額	0,000円	
								今回申込の限度額	0,000円	
被保険者証の 記号番号							事業所の名称 (勤務先)	(電話)		
フリガナ 被保険者氏名							性別	男 女	被保険者 生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
被保険者住所	(〒 - )								(TEL 昼間の連絡先(携帯電話等) (TEL	
出産予定医療機関等 名称									(TEL	
出産予定医療機関等 所在地	(〒 - )								(TEL	
出産予定日	平成 年 月 日									
貸付申込の要件	出産予定日まで1ヶ月以内の者									
	妊娠4ヶ月(85日)以上で医療機関等に一時的な支払いを要する者									
申請する保険 給付の種類	(被保険者)出産育児一時金									
	家族出産育児一時金									
保険給付の種類が の場合、被扶養者の	フリガナ									
	氏名									
	生年月日		昭和・平成 年 月 日							
被扶養者となった日		昭和・平成 年 月 日								
全国健康保険協会出産費貸付金貸付規程により貸付金の貸付を受けたいので、上記のとおり申し込みます。 平成 年 月 日 被保険者氏名 (申込者) 印 全国健康保険協会 支部長 殿										
払込希望金融機関 (被保険者の名義)	銀行 金庫 組合	本店 支店 本所 支所	普通 当座 貯蓄	口座番号						
				フリガナ 口座名義 (申込者)						

- (注) 1. 貸付申込額は1万円単位(1万円未満は四捨五入)で33万円が限度です。ただし、2回目以降の方の場合は、上記の「今回申込の限度額」欄の額が限度です。  
2. 被保険者証、母子健康手帳等(出産予定日を証明する書類)を添付してください。(郵送の場合は写しでかまいません。)  
3. 出産予定医療機関等が未定の場合は、出産予定医療機関等名称欄に「未定」と記入し、医療機関等が決まり次第、当支部までご連絡ください。出産予定医療機関等の確認が出来ましたら、貸付いたします。  
4. 貸付申込額の基となる書類として、医療機関等の請求書等を添付してください。(貸付申込の要件が の方は不要です。)  
5. 払込希望金融機関は該当する金融機関、預金種別に 印をして、名称、店名、申込者の口座番号、口座名義を記入してください。ゆうちょ銀行を希望される場合は、店名、預金種別は記入不要です。

本申込書に記載された内容については、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度との重複を防止するため、本申込書に記載された内容について出産予定医療機関等へ情報提供いたしますので、本件について同意のうえ、お申し込みください。

当該申込書の提出をもって、出産予定医療機関等への情報提供について同意いただいたものといたします。

この申込みに係る出産費貸付金貸付申込書、出産費貸付金借用書は、個人情報保護法に遵守し、適正に取り扱います。