

(様式 1)

支払 (貸付) 決議書	貸付決定額	¥					常務理事	事務長	課長	担当者	被扶養者 台帳照合印
	受付年月日	令和	年	月	日						
	同年月日	令和	年	月	日						
	決裁年月日	令和	年	月	日	出産予定日	令和	年	月	日	
	支払年月日	令和	年	月	日	貸付申込額					円
算出基礎							備考				

(被保険者・被扶養者) 出産費資金貸付申込書

被 保 険 者 記 入 欄	貸付申込金額 金 円 (*限度額は400,000円)											
	被保険者等 記号・番号※	—				事業所の 名 称						
	フリガナ					被保険者 生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	被保険者氏名					被扶養者 生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	被扶養者が 出産するための貸 付であるとき	被扶養者 氏 名					被扶養者 生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	出産予定年月日	令和	年	月	日	妊娠経過期間	ヶ月 週					
	入院して出産 するとき	医療機関の 名 称					医療機関の 所 在 地					
	出産に要する費用	円										
	※被保険者のマイナンバー記載欄					※記号番号がわからない場合のみ記入してください。						
	記 入 欄	上記のとおり出産費資金貸付規程に基づく貸付を受けたいので申し込みます。 令和 年 月 日 住所 被保険者(申込者) 氏名 電話 () — 千葉県機械金属健康保険組合理事長 殿										
払込希望 金融機関	銀 行 名	銀行・信金 信組・農協 本・支店				預 金 種 別	普 通 ・ 当 座	口座番号	口座名義 (カタカナで記入すること)			

※産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下における、在胎週数22週に達した日以後の出産の場合に限ります。産科医療補償制度に加入していない医療機関等での出産の場合の限度額は390,400円になります。

(注) 1. 貸付対象者が出産予定日1ヵ月以内の者であるときは、次のものを添付する。

- (ア) 母子健康手帳の写(母親の氏名が確認できる頁の写)
- (イ) 出産予定日まで1ヵ月以内であることを証明する書類(母子健康手帳の出産予定日が記載された頁の写でも可)

2. 貸付対象者が妊娠4ヵ月以上の者で医療機関に一時的に支払いが必要となった者であるときは次のものを添付する。

- (ア) 母子健康手帳の写(母親の氏名が確認できる頁の写)
- (イ) 妊娠4ヵ月以上であることを証明する書類(母子健康手帳の出産予定日が記載された頁の写でも可)
- (ウ) 医療機関が発行した費用明細のある請求書または領収書の写

受 付 印