支 出 伺

| 平成　　年度 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 経理 | 出納 | 貸付額 | | 240,000円 |
| | | | | | 貸付日 | 平成　　年　　月　　日 | |
| | | | | | 資格取得日 | 昭・平　　年　　月　　日 | |

# 出産費資金貸付申込書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 被保険者証の記号番号 | | | 会社名 | |
| | 部室店名 | | | 課<br>グループ | |
| | 内線番号 | ＃　　― | | | |
| | 被保険者氏名 | | | 出産予定者氏名 | |
| | 被保険者住所 | | | | |
| | 出産予定日 | 平成　　年　　月　　日 | | 自宅電話 | ―　　― |
| 証明欄 | うえのとおり出産予定であることを証明します。<br>平成　　年　　月　　日<br>（医師又は助産婦）　住所<br>氏名　　㊞<br>※母子健康手帳の「子の保護者」「分娩予定日」が記載されたページのコピーを添付すれば、この証明は不要です。 | | | | |

出産費資金　240,000円の貸付を申込みます。

平成　　年　　月　　日

被保険者氏名　　㊞

| | | |
|---|---|---|
| 振込先 | 銀行 | 支店 |
| | 普通　・　当座　　口座No. | 名義人（ふりがな） |

＜貸付対象者＞

1　出産予定日まで１ケ月以内の被保険者、または同様の被扶養者を有する被保険者。

2　妊娠４ヶ月以上で病院等に一時的な支払いを要する被保険者、または同様の被扶養者を有する被保険者。（この場合には、上記証明の外に病院などの費用の請求書又は領収書のコピーを添付する。）