

支 出 伺

平成	年度						240,000円
常務理事	事務長	係	経 理	出 納	貸 付 額		
					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	大和証券
部室店名	○○支店	課 グループ	○○課
内線番号	# ○ ○ ○ — ○ ○ ○ ○		
被保険者氏名	大和 健司	出産予定者氏名	大和真由美
被保険者住所	〒○○○-○○○○ 神奈川県横浜市○○区○○町5-4-3 ステイツ○○705		
出 産 予 定 日	平成 25 年 4 月 5 日	自宅電話	045 — ○ ○ ○ — ○ ○ ○ ○
証 明 欄	うえのとおり出産予定であることを証明します。		
	平成 25 年 2 月 27 日		
	住所 〒○○○-○○○○ 横浜市○○区○○町7-8-9 ○ ○○ビル ○○○○産科・婦人科クリニック 氏名 医師 和田 英生 (印)		
※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 25 年 3 月 5 日

被保険者氏名 大和 健司 (印)

振 込 先	○○○	銀行	○○○	支店	
	普通	当座	口座No. ○○○○○○	ふりがな	だい わ けん じ 大和 健司

< 貸付対象者 >

- 1 出産予定日まで1ヶ月以内の被保険者、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。)