

同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	総務課長	担当者
貸付決定額	拾万 万 千 百 拾 円				
貸付限度額	拾万 万 千 百 拾 円	摘	資格	得 年 月 日	
貸付月日	平成 年 月 日		喪	平成 年 月 日	
		要	備考	被扶養者 台帳照合印	

## 出産費資金貸付申込書

平成 年 月 日 申込

被 保 者 記 入 欄	被保険者証 記号一番号	-		事業所の名称		
	フリガナ			被保険者 生年月日	昭和 年 月 日	
	被保険者氏名			平成		
	被保険者住所	〒		TEL		
	被扶養者が出 産するための 貸付であるとき	フリガナ		被扶養者 生年月日	昭和 年 月 日	
		被扶養者名		平成		
	出産予定年月日	平成 年 月 日	妊娠経過期間	ヶ月 週		
	入院して 出産するとき	病院 又は 産院名		病院又は産院の 所在地		
	入院する病院又は産院の「出産育児一時金等の直接支払制度」導入の有無			有	無	
	入院する病院又は産院の「産科医療費補償制度」加入の有無			有	無	
	規程第3条に定める貸付申 込の要件(いずれかに○)	①出産予定日1ヵ月以内の者				
		②妊娠4ヶ月以上で医療機関等に一時的な支払が必要となった者				
	貸付申込額		金	円		
上記のとおり、出産費資金貸付規程による貸付を受けたいので、申し込みます。						
平成 年 月 日						
被保険者氏名 印						
日本旅行健康保険組合理事長 殿						
払込希望 金融機関名	銀行 信用金庫	店	種 普通 別 当座	口 番 座 号	名 義	

(注)1 貸付申込額は、千円単位(千円未満は切捨て)となっており、産科医療補償制度加入の医療機関での分娩の場合は、33万6千円  
それ以外の医療機関で分娩の場合は32万3千円としますので、いずれか該当する金額を記入してください。

2. 貸付申込要件が①の場合は、母子健康手帳の写し※または出産予定日まで1ヵ月以内であることを証明する書類、貸付要件が②  
の場合は、母子健康手帳の写し※または妊娠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を添付してください。

(※母子健康手帳の写しについては、表紙及び出産予定日が記載されているページ)

組合受付印