

事務長	部長	課長	係長	主任	係

健康保険出産費資金貸付申込書

(令和〇年4月15日申請)

貸付申込額(円)	金 5 0 0 0 0 0 円					貸付限度額	500,000円	
						前回までの貸付額	0,000円	
						今回申込の限度額	0,000円	
① 被保険者等 記号・番号	記号 9999	番号 123	記号番号が分からない 場合はマイナンバーを 記入して下さい					
② 被保険者氏名 (生年月日)	(ワガナ) アイチ ハナコ 愛知 花子					(昭・平) 2年3月23日生		
③ 被保険者の住所	〒000-0000 〇〇〇市〇区〇丁目〇 〇〇〇マンション 〇〇〇							
④被保険者の勤務して いる(た)業事所	所在地	〒000-0000 〇〇〇市〇〇町〇番〇〇〇						
	名称	〇〇〇農業協同組合						
④ 受診者名(生年月日)	愛知 花子 (昭・平) 2年3月23日生					続柄	本人	
⑥受診医療機関	所在地	〒000-0000 〇〇〇市〇区〇丁目〇番〇号						
	名称	〇〇マタニティクリニック						
⑦出産日(予定日)	令和〇年5月15日 (予定日1カ月前の場合・妊娠4カ月以上の場合)							

- 【注】 1. 貸付申込額は1万円単位で、限度額は50万円です。(※産科医療補償制度に未加入の医療機関は48万円です。)但し、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. 「母子健康手帳の写し」等(出産予定日を証明する書類)を添付してください。
3. 妊娠4カ月以上での請求の場合は「医療機関等からの出産に要する費用の内訳のある請求書又は領収書」を添付してください。

愛知県農協健康保険組合理事長 様

振込金融機関	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注1) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 注2) 給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。			
	金融機関名	店舗名		
	農業協同組合		本店	支店
	金融機関番号	店舗番号		
	種目	口座番号	口座名義	
	普1・当2			

受付日付印

