

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

(年 月 日申請)

貸付申込額(円)	金	0	0	0	0	円	貸付限度額	420,000円		
							前回までの貸付額	0,000円		
							今回申込の限度額	0,000円		
①被保険者証 の記号番号	記号 番号	②被保険者氏名 (生年月日)			(フリガナ) (昭・平 年 月 日生)			(印)		
③被保険者の住所		〒								
④被保険者の勤務して いる(た)業事所		所在地	〒							
		名称								
⑤受診者名(生年月日)		(昭・平 年 月 日生)					続柄			
⑥受診医療機関		所在地								
		名称								
⑦出産日(予定日)		年 月 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42万円です。(※産科医療補償制度に未加入の医療機関は40万円です。) 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)を添付して下さい。
3. 妊娠4ヵ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」を添付して下さい。

愛知県農協健康保険組合理事長 様

振込金融機関	金融機関名		店舗名	
	農業協同組合		本店・支店	
	金融機関番号		店番号	
	種目	口座番号	口座名義	
	普1・当2			

受付日付印