【提出先】 花王健康保険組合

常務理事	事務長	担当者

記入例

出産費資金貸付金申込書

※原則として、医療機関等で直接支払制度が実施されていない場合のみの対応となります。

被保険者が記入する欄	①被保険者証記号番号		②被保険者氏名	③氏名ｺｰﾄﾞ
	1	123456	花王　太郎	123456
	④事業場・地区		⑤所属	⑥勤務地
	茅場町事業場		人事サービスG	茅場町
	⑦日中の連絡先		☎　090-7654-3210	
	⑧分娩者の氏名	花王　月子	⑨分娩者の生年月日	昭・平　61　年　8　月　1　日
	⑩分娩者と被保険者の関係	妻	⑪分娩予定日	令和　5　年　7　月　7　日
	⑫妊娠経過年月 ※妊娠４ケ月以上経過していること	7　ヶ月　（　28　週）	⑬分娩予定数	単胎　・　多胎　（　　児）
	上記のとおり出産費資金貸付を受けたいので、申請いたします。　令和　5　年　4　月　10　日 住所　〒　123　－　4567 千葉県柏市333-333　　被保険者　氏名　花王　太郎			

●ご確認ください●

【対象者】 被保険者の場合は健保加入期間が1年以上ある方。被扶養者の場合は、認定後６ヶ月を経過している方

【添付書類】 ❶妊婦等と医療機関等で交わした直接支払制度を利用しない旨の合意文書の写し
❷母子手帳の写し（分娩者と出産予定日がわかるページ）

【お願い】ボールペンで記入してください。（鉛筆・消せるボールペンでの記入不可）
ご提出前に記入漏れ、添付書類の確認を再度お願いします。

健保記入欄	貸付日	年　月　日		分娩予定日	年　月　日
	貸付額	円		分娩予定数	単胎　・　多胎　（　　児）
	被保険者	取得日	年　月　日	被扶養者 認定日	年　月　日
		喪失日	年　月　日	被扶養者 削除日	年　月　日

【問合せ先】 花王健康保険組合　☎03-3660-7681

健保受付印	健保処理印	健保確認印

R5/4