

(様式第1号)

出産費資金貸付申込書

コーセー健康保険組合

* 貸付番号				—					
* 申込日	令和	年	月	日	* 決定日	令和	年	月	日

理事長	常務理事	事務長	担当者

* 出産育児一時金	488,000円 (産科医療制度加入医療機関は500,000円)	資格	取得	年	月	日
			喪失	年	月	日
* 貸付決定額		該当者	取得	年	月	日
		資格	喪失	年	月	日

* 欄には記入しないで下さい。

出産費資金貸付申込書

被保険者証記号番号	記号	番号				
事業所の名称						
被保険者氏名						
被保険者住所	〒		TEL() () ()			
出産費対象者	氏名				続柄	
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	
出産予定日	令和 年 月 日 予定					
該当病院名						
病院所在地	〒		TEL() () ()			
添付書類	母子健康手帳の写し、出産に要する費用の内訳が記載された請求書又は領収書の写し					
請求額又は、支払額	円・費用の内訳のある請求書又は、領収書を添付して下さい					
保険診療対象総点数	点 (イ)入院	点・(ロ)通院	点			

上記の出産費資金の貸付を申し込みます。

出産育児一時金直接支払制度又は出産育児一時金受取代理制度の利用はしません。

なお、貸付金が支給される際は下記へお振り込み下さい。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印

記

健保受付

銀行	銀行	支店
番号	普通 No.	
口座名	リカナ	