様式1号

伺年月日	年　月　日	常務理事	事 務 長	係
支給決定額	円			
支払(貸付) 年 月 日	年　月　日			

健康保険出産費資金貸付申込書

被保険者の 記号･番号	－	被保険者名	
事業所名			
貸付希望金額	円		
受診者氏名		出産予定日	年　月　日
医療機関 名称			
医療機関 所在地			
請求された額 (支払った額)	円		

出産費資金貸付規程を承諾のうえ資金の貸付を申請します。

年　月　日

日本信号健康保険組合理事長　殿

〒　－

被保険者 住所

氏名　㊞

払込希望 金融機関	フリガナ 銀行　支店	普通 当座　No.

（添付書類）

1. 出産予定日まで1ヶ月以内の者、または出産予定日まで1ヶ月以内の被扶養者を有する者。
（母子健康手帳の写し、その他出産予定日まで1ヶ月であることを証明する書類）

2. 妊娠4ヶ月以上の者、または妊娠4ヶ月以上の被扶養者を有する者で医療機関に一時的な支払が必要となった者。(①母子健康手帳の写し、その他妊娠4ヶ月以上であることを証明する書類、②医療機関等から出産に要する費用の内訳のある請求書または領収書)

受付年月日