

※ 支 払 (貸 付) 決 議 書							
受 付 年 月 日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	係	被扶養者 台帳照合印		
伺 年 月 日	平成 年 月 日						
決 裁 年 月 日	平成 年 月 日						
支 払 (貸 付) 年 月 日	平成 年 月 日	備					
貸 付 金 決 定 額		考					
算 出 基 礎							

出産費資金貸付申込書

① 被保険者証の記号・番号	記号 番号	② 事業所の 名 称									
③ 出 産 予 定 者 の 氏 名		④ 出 産 予 定	被保険者本人 ・ 被保険者の配偶者								
⑤ 出 産 予 定 者 の 生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日										
⑥ 出 産 予 定 日	平成 年 月 日										
⑦ 出 産 予 定 の 病 院 ・ 診 療 所 等 の 名 称 及 び 所 在 地	名 称	電話 ()									
	所在地										
⑧ 振 込 希 望 の 銀 行 名	銀行	支店	普通 口座番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 当座								

出産費資金の貸付を受けたいので上記のとおり申込みます。

平成 年 月 日

住所

被保険者の

氏名

印 電話 ()

ベシシアグループ健康保険組合理事長 様

<添付書類> 1. 出産予定日まで1ヶ月以内の場合

母子保健法第16条第1項の規定により交付された母子健康手帳の写し(妊婦の氏名及び出産予定日が記載されたページ) その他出産予定日まで1ヶ月以内であることを証明する書類

2. 妊娠4ヶ月以上で医療機関に一時的に支払いが必要となった場合

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及び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証