

(様式第1号)

同年月日	年 月 日								仲裁伺				
									常務理事	事務長		担当者	
① 今回の貸付決定額	千	百	拾	万	千	百	拾	円					
貸付算出額	定額 420,000円× 児×0.9= 円 ・ 一時的に必要なとなった額 円												
貸付年月日	年 月 日								資格	取得	年 月 日		
②前回までの貸付額										喪失	年 月 日		
①+②貸付累計額													

健康保険出産費資金貸付申込書

( 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号	—	事業所の名称				
	被保険者の氏名		生年月日	年 月 日			
	被扶養者の出産にかかる申込みのときはその者の氏名		生年月日	年 月 日			
	出産予定日	年 月 日	出生児の予定数	単胎・多胎(児)	妊娠経過期間	ヵ月週	
	通院中の病院または産院の名称		妊娠4ヵ月以上の者の病院等の請求(領収)書の額	請・領	円		
	所在地	電話 ( ) —		請・領	円		
				請・領	円		
健康保険出産費資金の貸付を受けたいので、上記のとおり申し込みます。							
年 月 日							
グラクソ・ミスクライン健康保険組合理事長殿			被保険者住所				
						氏名	印

出産した後に請求する出産育児一時金請求書の支給決定額のうち、「出産費資金貸付額(貸付累計額)」に相当する額の受領を、グラクソ・ミスクライン健康保険組合理事長に委任します。

年 月 日

被保険者氏名

印

組合受付印

振込希望の金融機関	フリガナ		フリガナ	
	銀行		支店	
	(銀行番号: )		(支店番号: )	
	普通	口座番号		フリガナ
				被保険者名義