

(様式第1号)

同年月日	年 月 日							決裁伺				
								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 380,000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										年 月 日		

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	10-	事業所の名称	グラクソ・スミスクライン (株)		
	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	出生見の予定数	単胎・多胎 (児)	妊 娠 経 過 期 間	力 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		円
	所在地	電話 () -		請・領 円	請・領 円	計 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・スミスクライン健康保険組合理事長殿			被保険者住所			
				被保険者氏名	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・ス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

受付日付印

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