

支給決定書

常務理事	事務長	係員	担当者

支出科目	款	保険給付費	項	法定給付費	目	出産育児一時金				
貸付決定額					円	資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日
貸付限度額	280,000円 (出産育児一時金の8割)					資格喪失日	令和	年	月	日
						扶養認定日	昭和 平成 令和	年	月	日

健保受付印

支給日		月		日
-----	--	---	--	---

出産費貸付金申込書

被保険者証の 記号と番号	記号	***			番号	****							
事業主の名称	株式会社〇〇			事業主所在地	所属する事業所の本社地								
対象者	(氏) 〇〇〇	(名) 〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成	*	年	*	月	*	日	*	続柄	**
妊娠経過期間	妊娠	ヶ月	**	週目	出産予定日	令和	*	年	*	月	*	日	*
病院 または 産院	名称	〒 -											
	住所	都道府県から記入してください。			電話	****	-	****	-	****			
借入希望額	*	*	*	*	*	円							
振込先 指定 口座	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は、左の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 利用しない場合は、下記に振込口座情報をご記入ください。											
	振込先口座	申請者	〇〇〇			銀行	〇〇〇〇			支店			
	OR 代理人	(金融コード)	****			(支店コード)	***						
氏名	(氏) 〇〇〇	(名) 〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成	*	年	*	月	*	日	*		
被保険者 住所	〒 -	都道府県から記入してください。			電話	****	-	****	-	****			
HOYA健康保険組合理事長 殿				上記によって請求します。				令和 ** 年 ** 月 ** 日					

※本届出に記入された個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。
※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考へ記載し、マイナンバーを確認できるものを添付してください。 令和4年10月11日現在