

| | | | | | | | |
|-------------|------------------|----------------|----------|------|------|-----|----|
| *決議書 | 貸付年月日 | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 事務局長 | リーダー | 担当者 | 備考 |
| | 貸付額 | 拾 万 千 百 拾 円 | | | | | |
| | 1. 申込どおり貸付を実行する。 | 出産予定日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| 2. 貸付は行わない。 | 認定年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | | | |

(注意事項)

ウ. イ. ア.

出産後、速やかに「出産育児一時金」、「家族出産育児一時金」の申請を行って下さい。

断書等)を添付して下さい。

医師・助産師の証明をもらうか、母子手帳の写し(子の保護者及び出産予定日記載頁)、又は出産予定日を証明するその他書類(診断書等)を添付して下さい。

申込の理由2に該当する場合は、アの書類の他に、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または領収書を添付して下さい。

被保険者
家族

出産費資金貸付申込書

私は、日本航空健康保険組合の出産費資金貸付規程に基づき出産費資金貸付の申込をいたします。
 なお、貸付金の返済については、出産育児一時金または家族出産育児一時金の給付金より相殺されることを承諾いたします。
 また、融資実行の内容がこの申請書のとおりである場合は、融資実行をもってこの申込書を貸付金の借用証とすることをあわせて承諾いたします。

| | | | | | | | |
|--|---|---|----------------|-------------------|------|--|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の記号・番号 | 記号 番号 | 被保険者の氏名 | (昭和・平成・令和 年 月 日生) | | | |
| | 被保険者の現住所 | 〒 TEL | | | | | |
| | 事業所の名称(所属) | (TEL | | | | | |
| | 出産予定日 | 令和 年 月 日 | 貸付申込日 | 令和 年 月 日 | | | |
| | 診療を受けている病院等の名称 | 所在地 | 医師名 | TEL | | | |
| | 被扶養者の出産であるときはその者の氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 | | | | |
| | 申込の理由(該当する数字を○で囲む) | 1. 出産予定日まで1ヵ月以内のための申し込み 2. 妊娠4ヵ月以上で医療機関に支払が必要となったための申し込み | | | | | |
| 被保険者名義の振込先指定口座 | 銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農 協 | 普通預金 当座預金 | 口座番号 | 本店 支 出張所 | 店舗番号 | | |
| 出産予定日 | 令和 年 月 日 | 胎児の数 | 単胎・多胎(児) | | | | |
| 医師・助産師が証明する欄 | 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 名称、所在地、 医師・助産師名 | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------|-----|-------------|----|--|------|-----|
| *貸付金回収 | 年月日 | 令和 年 月 日 | 備考 | | リーダー | 担当者 |
| | 回収額 | 拾 万 千 百 拾 円 | | | | |

受付日付印