

貸付決定伺									
年 月 日 決定						会長	専務理事	係	扱
貸付金額				0	0	0	円		
貸付限度額	500,000円					資格取得	年 月 日		
前回までの貸付額	,000円					被保険者 ・ 被扶養者			
今回申込の限度額	,000円					出産予定日	年 月 日		

出産費貸付金貸付申込書

申込者記入欄									
貸付申込額				0	0	0	円	貸付限度額	500,000円
								前回までの貸付額	,000円
								今回申込の限度額	,000円
被保険者証の 記号・番号	-			事業所名					
フリガナ				被保険者生年月日			昭和 ・ 平成 ・ 令和		
被保険者氏名							年 月 日		
出産予定日	年 月			① 出産予定日1ヶ月前 ② 妊娠4ヶ月以上で医療機関に一時的な支払が必要となった					
請求する保険 給付の種類	① 被保険者出産育児一時金								
	② 家族出産育児一時金								
	配偶者の氏名			生年月日			昭・平・令 年 月 日		
			被扶養者となった日			年 月 日			
北海道コンピュータ関連産業共済会出産費貸付規定により貸付を受けたいので、 上記のとおり申し込みます。 年 月 日 被保険者 住所 〒 - (申込者) 氏名 _____ 電話番号 () - _____									
北海道コンピュータ関連産業共済会 会長 中村 真規 様									
払込希望									口座番号
金融機関 (被保険者名義)	銀行 信用金庫 _____ 本店・支店(普・当) _____								

太枠内をご記入ください。

○貸付申込額は1万円単位(1万円未満は四捨五入)となっており限度額は出産育児一時金の8割です。

(産科医療保証制度に加入する医療機関等において出産された場合は50万円です。)

○母子健康手帳(出産予定日を証明する書類)のコピーを添付してください。

○妊娠4ヶ月以上で医療機関に一時的な支払が必要となった場合は請求書のコピーを添付してください。

○①と②がある欄は、どちらかを選択して○を付けてください。

○不明な点は、共済会事務局までお問い合わせください。

出産費貸付金借用書

北海道コンピュータ関連産業共済会

会 長 中 村 真 規 様

借受金額				0	0	0	円
------	--	--	--	---	---	---	---

上記の金額を、出産費貸付金貸付規定により借用しました。

返済は、貴共済会に受領を委任する出産育児一時金または家族出産育児一時金をもって行います。

出産育児一時金の不支給等により精算できない場合は、直ちに返済します。

年 月 日

貸付申込者 住所 千 一
(被保険者) 氏名 印

※自署の場合は押印不要です。

※健保組合使用欄	支給金額						決定	年	月	日
取得							常務理事	事務長	課長	主任
喪失	内訳	出産育児一時金								
		付加金								

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2 被保険者(申請者)記入用

貸付用

※この申請書は直接支払制度を利用しない方の用紙です。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)				
	氏名 (フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所 (〒 -)			都(道) 府(県)	年 月 日
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

振込先指定口座	金融機関 名称	北洋	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	札幌駅南口	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	3815493	
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。 ホッカイドウコンピュータカンレンサンギョウキョウサイカイ ダイヒョウ ナカムラマサキ			

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

給付金受取委任状を添付のうえ、ご提出をお願い致します

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）	
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在	
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週
4 出産した医療機関等	名称	所在地	
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
5 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名		記号・番号
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 <input type="checkbox"/> 2. 受けない		

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による 証明の場合	出産者氏名	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 年 月 日		
市区町村長による 証明の場合(生産のみ)	本籍	筆頭者氏名		
	母の氏名	出生児氏名	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 年 月 日			印

【添付書類】

- ・直接支払制度合意文書（写）
- ・出産費用の明細書（写）

※出産年月日、出生児数、産科医療保障制度、代理受取額の記載がある明細を添付してください。