

事務長	室 長	主 務	係 員

2023. 8改定

健 保 組 合 記 入 欄	貸付番号	—	決 定 日	令和 年 月 日
	貸 付 日	令和 年 月 日	理 由	1. 出産予定日まで1ヶ月以内である
	貸付金額	円		2. 妊娠4ヶ月以上で、医療機関に支払いが必要である
	被保険者取得日	S・H・R 年 月 日	備 考 欄	
	被扶養者認定日	S・H・R 年 月 日		

出 産 費 資 金 貸 付 申 込 書

デンソー健康保険組合 御中

下記のとおり、出産費資金の貸付を申し込みます。 申込日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

被 保 険 者	被保険者証 記号—番号	1 — 123456	従業員番号	1234567
	フリガナ	ケンポ タロウ		
	被保険者名 (署名)	健保 太朗		
	所属	○○ 部 ○○ 室・工場 ○○ 課 ○○ 係		
	社内メール	1234 内線 551 — 12345 外線 0566 — 25 — ○○○○		
	自宅住所	〒448—○○○○ TEL (0566) ○○ — ○○○○ 刈谷市○○町○丁目○番地		
	出産予定がある方について	氏 名	健保 花子	続 柄 妻
		出産予定日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	医療機関名	○○レディースクリニック		
	医療機関住所	刈谷市○○町○○丁目○番地		
振 込 先	フリガナ	○○○○○○ ○○○○		
	金融機関名	○○○○○ 銀行・信金・信組・農協 ○○ 本店 支店 本所・支所		
	預金種別	1. 普通 2. 当座		
	口座番号	1 2 3 4 5 6 口座名義(カタカナで記入) (被 保 険 者 名 義)	ケンポ タロウ	
入 欄	受 領 委 任 状			
	貸付金の返済につきましては、デンソー健康保険組合理事長を代理人と定め、出産育児一時金により 充当することを承諾します。			
	令和 ○ 年 5 月 1 日			
	申込者(被保険者)住所 刈谷市○○町○丁目○番地 氏名 (署名) 健保 太朗			

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内ならびに保険給付金等の支払いに使用場合があります。
個人情報保護に関しては、<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧下さい。

○ 出産費資金貸付制度について
直接支払制度を利用する方には貸付を行いません。

・対象者

下記のうち、いずれかの事由に該当するとき、出産費の貸付を受けることができます。

- ①出産予定日まで1ヶ月以内の被保険者、又は同様の被扶養者を有する者。
- ②妊娠4ヶ月以上で医療機関に一時的な支払いが必要になった被保険者、又は同様の被扶養者を有する者。

・添付書類

上記①に該当するとき

- ・母子健康手帳の写し（表紙と出産予定日の分かるページ）、又はその他出産予定日まで1ヶ月以内であることを証明する書類
- ・直接支払い制度を利用しないことが明記されている書類

上記②に該当するとき

- ・母子健康手帳の写し（表紙と出産予定日の分かるページ）、又はその他妊娠4ヶ月以上であることを証明する書類
- ・医療機関からの請求書の写し又は領収書の写し（費用の内訳が必要です）
- ・直接支払い制度を利用しないことが明記されている書類

・貸付内容

限度額：出産育児一時金支給額の8割（1万円未満端数切捨て）
利子：無利子
精算方法：貸付を受けた後に支給される出産育児一時金等により充当します。

・個人情報保護について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内ならびに保険給付金等の支払いに使用する場合があります。
個人情報保護に関しては、<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧下さい。

※ 申請に関するお問い合わせ・送付については、デンソー健康保険組合 給付G までお願いします。
〒448-8661 愛知県刈谷市昭和町一丁目1番地
外線 TEL 0566-25-9620 内線 TEL 551-89146 E-mail kenpo_kyufu@jp.denso.com
FAX 0566-24-6301 社内メール 〒1130

※ 母子手帳が未交付の場合には、以下に医師の証明を受けて下さい。

出産費資金貸付申請のための妊娠証明書

下記の者は当医療機関において受診し、現在妊娠中であることを証明する。

氏 名		
妊娠月数		
証 明 日		令和 年 月 日
証 明 者	医療機関住所	
	医療機関名称	
	医 師 名	