

第1号様式(第2条)

国民健康保険出産費資金貸付申込書

狛江市長様

世帯主 住所 狛江市

氏名

印

電話 ( ) -

被保険者証	記号 42 -	番号
出産する被保険者	氏名	世帯主との続柄
通院中の医療機関	医療機関名	電話
出産予定年月日	年 月 日	
国保資格取得年月日	年 月 日	
出産予定日前6か月の 保険加入状況	1 国民健康保険    2 日雇保険    3 生活保護 4 社会保険の本人(加入期間が1年未満) 5 社会保険の被扶養者    6 無保険者	
貸付申請額		円
振込先	銀行 信用金庫 支店 普通・当座 第 号 フリガナ 口座名義	

注意

妊娠4か月以上であることが確認できる書類が必要になります。

市使用欄

貸付要件	貸付金計算欄		年 月 日 受付 第 号			
出産前1か月	×	円	係	係長	課長補佐	課長
	(×0.8を限度とする)					
妊娠4か月以上で領収書等	領収書等の金額 (千円未満切捨)	円				
	貸付上限金額	円	貸付決定額 円			