

被扶養者の出産費

(様式第1号の1)

記載例

政府管掌健康保険 船員保険 出産費貸付金貸付申込書

貸付申込額	金 2 8 0 0 0 0 円	貸付限度額	280,000円
		前回までの貸付額	0,000円
		今回申込の限度額	0,000円
被保険者証の記号・番号	記号 広南 7 番号	事業所の名称 (勤務先)	広島南サービス(株) (TEL 000-000-0000)
フリガナ	ホケン グロウ	被保険者	昭和 55年 4月 23日
被保険者氏名	保険太郎	生年月日	平成
被保険者住所	(〒732-0000) 広島市南区△△町1-4-66		(TEL 000-000-0000) 並間の連絡先(携帯電話等) (TEL 090-0000-0000)
出産予定日	平成 ○年 ○月 ○日		
貸付申込の要件	① 出産予定日まで1ヶ月以内の者 ② 妊娠4ヶ月(85日)以上で医療機関等に一時的な支払いを要する者		
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		
給付の種類が②の場合被扶養者の	フリガナ	ホケン ハナコ	
	氏名	保険花子	
	生年月日	昭和・平成 57年 5月 13日	
	被扶養者となった日	昭和・平成 年 月 日	
政府管掌健康保険・船員保険出産費貸付金貸付規程により貸付を受けたいので、上記のとおり申込みます。			
平成 年 月 日 被保険者氏名 保険太郎 (申込者) 保険			
社団法人 全国社会保険協会連合会 会長 代理人 社会保険協会 会長 殿			
払込希望金融機関 (被保険者の名義)	かえで (銀行) 金庫 組合	宮島 (本店) (支店) (本所) (支所)	普通 (当座) (貯蓄)
申込者預金口座番号 No. 0987654		フリガナ 口座名義人 保険太郎	

(様式第1号の2)

政府管掌健康保険 船員保険 出産費貸付金借用書

社団法人 全国社会保険協会連合会  
代理人 社会保険協会

会長 \_\_\_\_\_ 殿

借 受 金 額										円
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

上記の金額を借用しました。

返済は、貴会に受領を委任する出産育児一時金又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。

平成 年 月 日

郵便番号 (〒732-0000)

貸付申込者 (被保険者) 住所 広島市南区△△町1-4-66  
氏名 保険太郎 保険

- ② 1. 貸付申込額は1万円単位(1万円未満は四捨五入)で28万円が限度です。ただし、2回目以降の方は、上記の「今回申込の限度額」欄の額が限度です。  
2. 被保険者証、母子健康手帳等(出産予定日を証明する書類)を添付してください。(郵送の場合は写しでもかまいません。)  
3. 貸付申込額の基となる書類として、医療機関等の請求書等を添付してください。(貸付申込の要件が①の方は不要です。)  
4. 払込金融機関に郵便局は含まれません。該当する金融機関に○印をして、名称、店名、申込者の預金口座番号を記入してください。

照合	資格関係	確認済・未照合	被扶養者	確認済・未照合
確認欄	出産予定日	確認済・未照合	12週超	確認済・未照合
			確認印	②

この申込みに係る出産費貸付金貸付申込書、出産費貸付金借用書は、個人情報保護法に遵守し、適正に取り扱います。

届書コード  
3 2 1  
届書

健康保険被保険者家族出産育児一時金請求書

被保険者証の記号・番号	④ 生年月日	⑤ 被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦ 受取代理人	⑧ 受付年月日
① 被保険者(請求者)の氏名と印 ひすす	② 出生年月日 7月 5日 423			0: 無し 1: 有	送 信
⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印 保険太郎	(フリガナ) ホケン タロウ	事業所の名称 広島南サービス(株)	事業所の所在地 広島市南区00町9-8-7		
⑩ 被保険者(請求者)の住所 〒232-0000	〒郵便番号 232-0000	(フリガナ) 広島市南区△△町1-4-66	電話 000-000-0000		
被扶養者が出産したための請求であるときは、その者の氏名 保険花子	氏名 (旧姓 社会)	⑤ 生年月日 昭和57年5月13日生			
⑫ 出産した年月日 平成 年 月 日	⑬ 生産児数 人	⑭ 死産児数 人	⑮ 死産したときはその旨	⑯ 妊娠経過期間 ヵ月 週	
入院して出産したときは、その病産院の名称 所在地					
⑰ 出生児の氏名 フリガナ		⑱ 被保険者と出生児の続柄			
⑲ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)	円	⑳ 調整減額コード	㉑ 海外表示 0: 国内 1: 海外	㉒ 特別支給コード	㉓ 備考
⑳ (資格喪失後の請求の場合) ㉑ (資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の被扶養者請求の場合) ㉒ (被扶養者が以前に被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の)		保険者名 記号・番号			

① 証明する医師が証明するところ 出生年月日 平成 年 月 日	出生児の別 生 産 又 は 死 産	② 出生児の数 単胎・多胎(児)	備考
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名			
③ 市区町村長が証明するところ 本籍 出生届出日 平成 年 月 日	出生児氏名	家頭者氏名	出生年月日 平成 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日			
市区町村長名			印

④ 支払区分 1: 振込 込 2: 銀行 送金 3: 郵便局 送金 4: 当地 地私	⑤ 口座番号 84998999	⑥ 口座氏名	⑦ 口座種別 ①: 普通 ②: 当座 ③: 通知 ④: 別段	⑧ 銀行 本店 金庫 農協 組合 支店 支所 郵便局
⑨ 金融機関 0001110				みずほ 東京中央

本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

平成 年 月 日

被保険者(請求者) 住所 広島市南区△△町1-4-66  
氏名 保険太郎 (保険)

① 代理人の氏名と印  
社団法人全国社会保険協会連合会

代理人の住所  
〒郵便番号 73300017  
〒住所コード 103  
広島市中区鉄砲町3-16 広島サンケイビル7F

平成 年 月 日提出

受付日付印