

出産費資金貸付申込書

(様式 46 号)

組合員 (本人・家族)

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	全 歯	分 娩 予 定 者 の 氏 名 (出 産 育 児 一 時 金 の 申 請 予 定 者) 生 年 月 日	平成・令和 年 月 日
申 請 金 額	円	出 産 予 定 日	年 月 日

上記のとおり申込いたします。 年 月 日 組合員 氏 名 住 所 氏 名 電 話 番 号 (— —) 全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿	必ず記入	(フリガナ)	
		振込先	銀行・信金 店 信組・農協 出張所
		口座番号	
		口座種別	普 ・ 当
		(フリガナ)	
		通帳名義	

医療機関等証明欄 (どちらかに○を付けて下さい)

出産予定日まで1ヶ月以内であることを 証明します。

妊娠4ヶ月以上であり(生産・死産(週))したことを

医 師 住 所

助 産 師

氏 名 印

証明年月日 年 月 日

貸付金額	
	円

係



支部長	支部常務	係



※妊娠4ヶ月以上での貸付申込の方は、医療機関等からの出産に要する費用の内訳が記載された請求書又は領収証を添付して下さい。