

## 出産費資金貸付制度について

ロイヤル健康保険組合

1. 対象者 被保険者で出産一時金等の支給を受ける見込みがあり以下の項目に該当する者
  - ① 出産予定日まで1ヶ月以内の者または配偶者を有する者
  - ② 妊娠4ヶ月以上の者または配偶者を有する者で医療機関に一時的な支払いが必要になった者
2. 金額 出産育児一時金等の見込み額の8割を限度とする
3. 期間 出産育児一時金等が支給されるまでの期間
4. 申込 「出産資金貸付申込書」、「出産費資金借用証書」に以下のいずれかの書類を添付する
  - ① 母子手帳または出産予定日まで1ヶ月以内であることを証明できる書類
  - ② 妊娠4ヶ月以上であることを証明する書類および医療機関等からの出産に要する費用の内訳のある請求書または領収書
5. 支払 被保険者名義口座へ振込み
6. 返済 出産育児一時金の支給額から貸付額を差し引いて支給し返済とするので、「出産育児一時金請求書」の「委任するときは」欄に氏名・捺印し当組合理事長へ受領委任すること  
※ なお、出産育児一時金が不支給となった場合は指定した期日までに返済すること

\* 不明な点があればロイヤル健康保険組合までお問い合わせください。

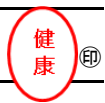
TEL 092-475-0529

貸付決定伺	起案(受付)年月日	年 月 日	決裁年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係員
	決定(出産予定)日	年 月 日					
	貸付限度額	$\text{①出産育児一時金又は家族出産育児一時金の支給見込額} \times 8割 = \text{②資金の貸付限度額}$ 【①の額→ 488,000円 ※産科医療保障制度に加入する医療機関等において出産した場合は500,000円】					
	③貸付申込額	円	貸付決定額	円	送金年月日	年 月 日	

記入見本

### 出産費資金貸付

上限42万円×8割=336,000円  
 (産科医療保障制度未加入の医療機関については上限39万円×8割になります)

被保険者記入欄	③ 貸付申込額 金			
	被保険者証の記号・番号	6100 - 000	事業所の名称	〇〇〇〇株式会社
	被保険者氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎	被保険者生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	家族が出産するための貸付であるとき	家族氏名 健康 花子	家族生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	出産予定年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	妊娠経過期間	〇〇ヵ月 〇〇週
	入院して出産するとき	病院の名称 ロイヤル総合病院	病院の所在地	東京都世田谷区桜新町〇-〇-〇
	出産に要する費用	円		
	<p>医療機関からの請求書等をご確認ください。</p> <p>上記の通り出産費資金貸付規程による貸付けをうけたいので申込みます。</p> <p>〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>〒 812-0893          住所 福岡県福岡市博多区那珂〇-〇-〇 ロイヤルマンション〇〇〇</p> <p>電話 092-〇〇〇-〇〇〇〇</p> <p>氏名 健康 太郎 </p> <p>ロイヤル健康保険組合理事長 殿</p>			
	振込希望金融機関	〇〇〇 銀行	△△△ 支店	普通預金・番号 1234567

※被保険者本人の口座に限る

- (注) 1. 貸付対象者が出産予定日1ヵ月以内の者であるときは、出産予定日まで1ヵ月以内であることを証明する書類(母子健康手帳等)を添付すること。
2. 貸付対象者が妊娠4ヵ月以上の者で医療機関に一時的に支払いが必要となった者である時は、妊娠4ヵ月以上であることを証明する書類(母子健康手帳等)及び医療機関等からの出産に要する費用の内訳のある請求書又は領収書を添付すること。

貸付番号

出 産 費 資 金 借 用 証 書

ロイヤル健康保険組合理事長 殿

貸付申込書の「貸付申込額」と同額を記入。

金 額					
-----	--	--	--	--	--

私は、ロイヤル健康保険組合「出産費資金貸付規程」に基づく資金を上記のとおり借用しました。

借用の上は、同資金貸付規程を守り、返済いたします。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

借受人

住 所 福岡県福岡市博多区那珂〇-〇-〇 ロイヤルマンション〇〇〇

氏 名 健康 太郎

健康

印

支給決定伺	令和 年 月 日	決定額	円	取得	平成 年 月 日	
	常務理事			事務長	係員	喪失
				分娩	年 月 日	月額

**健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書** (貸付金)

○一年以上の被保険者期間を有する家族の分娩は退職後6ヶ月以内であれば、その勤務先保険組合または社会保険事務所から支給されます。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	6100 000	カ ナ 被保険者氏名	ケンコウ タロウ 健康 太郎	生年月日 00年 00月 00日	
	事業所名称所在地	0000株式会社				
	分娩年月日	令和 00年 00月 00日	死産のときはその旨			
	入院して分娩したときは	病院又は診療所の名称	ロイヤル総合病院			
		うえの所在地	東京都世田谷区桜新町0-0-0			
	配偶者が分娩したときはその者の氏名	健康 花子			配偶者の生年月日	00年 00月 00日
	出生児氏名	健康 健太郎				
	出生児は被扶養者ですか、その該当	被扶養者で	ある	ない	出生児が被扶養者でないときはその理由	(例)妻の扶養に入れるため
	本件請求権者の配偶者の氏名					
	" 勤務先	『被扶養者でない』場合は、理由と下段の配偶者の情報を記入すること。				
" 加入の健康保険	保険者名	記号			番号	
うえのとおり請求します。 〒 812-0893 令和 00年 00月 00日 請求者住所 福岡県福岡市博多区那珂0-0-0 ロイヤルマンション000 ロイヤル健康保険組合理事長 殿 (被保険者) 氏名 健康 太郎 健康 電話 092-000-0000						
医師、助産婦又は市区町村長が証明するところ	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 電話 ( ) 医療施設の名称、所在地 医師・助産婦名					
	本籍	市区町村名				
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 電話 ( ) 市区町村長名					

**自身では記入しないでください。  
医療機関もしくは市区町村役場からの証明が必要です。**

振込希望銀行及び口座番号	000 銀行	△△△ 支店	普通預金口座番号	1234567	口座名義	ケンコウ タロウ
--------------	--------	--------	----------	---------	------	----------

\* 被保険者(委任をうけた人)以外の銀行口座には振り込み出来ませんのでご注意ください。 **※被保険者本人の口座に限る**

委任するときは	上記金額の受領方を下記の者に委任します。			領収書	上記の金額を領収しました。		
	代理人				令和 年 月 日		
	住所				受領者		
	氏名	Ⓜ			住所		
	請求者	Ⓜ			氏名	Ⓜ	
	氏名						

**注意**

- ア、 標題は、被保険者が分娩したときは「被保険者」を、家族が分娩したときは「家族」を○で囲むこと。
- イ、 請求書印は、はっきりおし印洩れのないよう注意すること。なお、訂正したときは、必ず訂正印をおすこと。