

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	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 × 8割 = 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	

出 産 費 資 金 貸 付 申 込 書

被 保 険 者 記 入 欄	③ 貸付申込額 金 円			
	被保険者証の 記号・番号		事業所の名称	
	被保険者氏名	フリガナ	被保険者生年月日	年 月 日
	家族が出産するための 貸付であるとき	家族 氏名	家族生年月日	年 月 日
	出産予定年月日	年 月 日	妊娠経過期間	ヵ月 週
	入院して出産するとき	病院の 名称	病院の所在地	
	出産に要する費用	円		
	<p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">電話 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">ロイヤル健康保険組合理事長 殿</p>			
	振込希望金融機関	銀行	支店	普通預金・番号

(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

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。

年 月 日

借受人

住 所

氏 名

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
				分娩	年 月 日

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	カ ナ	生年月日	年 月 日	
	事業所名称所在地	被保険者氏名			
	分娩年月日	令和 年 月 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			
		うえの所在地			
	配偶者が分娩したときはその者の氏名		配偶者の生年月日	年 月 日	
	出生児氏名				
	出生児は被扶養者ですか、その該否	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
	本件請求権者の配偶者の氏名				
	" 勤務先				
" 加入の健康保険	保険者名	保険者番号	番号		
	記号				
うえのとおり請求します。 〒 令和 年 月 日 請求者住所 ロイヤル健康保険組合理事長 殿 (被保険者) 氏名 ⑤ 電話					
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 ⑤				
	本籍		筆頭者氏名		
	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 ⑤				

振込希望銀行及び口座番号	銀行	支店	普通預金口座番号	口座名義
--------------	----	----	----------	------

*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。

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	⑤		住所	
	請求者	⑤		氏名	⑤
	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。