

出産貸付申込書

記載例

令和 年 月 日

(あて先)

福岡市職員共済組合理事長

次のとおり、高額医療貸付及び出産貸付規程により、必要書類を添付して貸付を申し込みます。
なお、貸付金については下記の口座へ振り替えてください。

組合員証	記号	番号	組合員氏名	共済 太郎 (※) <small>(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>
	97			
	所属機関	(局・室・区) (部) (課) 総務企画局 人事部 福利厚生課	電話	711-4146
	住所	〒 - 福岡市南区 丁目 番 - 号 電話 -		
組合員記入欄	氏名	生年月日	続柄	出産予定日
	共済 花子	S 年 月 日	妻	R 年 月 日
医療機関	名称	所在地		
	産婦人科 電話 -	福岡市 区 丁目 番 号		
貸付申込額	390,000円	該当事由	1 規程第5条第2項第1号 (出産予定日まで2月以内の者) 2 規程第5条第2項第2号 (妊娠4月以上で一時的に払いする者)	
振替先金融機関	銀行名	本店・支店名	区分	口座番号
	銀行	支店	普通	
医師・助産師が証明する欄	出産予定日	年 月 日	妊娠 月 週 (月 日現在)	
	出生児の数			
	上記のとおり相違	医師又は助産師より証明を受けてください。		
	年 月 医療機関 医師・助産師名	(※)		

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

- * 貸付申込額は、出産費及び家族出産費の額となります。
- * 振替先金融機関の口座は、申込者本人名義のものであること。
- * 本書に記載された個人情報、出産貸付に係るものに利用します。