

出産貸付申込書

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。

組合員記入欄	申込者 (組合員)	記号		番号		氏 名		
		所属機関	(局・室・区) (部) (課)					
			電話 ( )					
	住所	〒						
		電話 ( )						
	出産予定者	氏名		生年月日		続柄	出産予定日	
				年 月 日			年 月 日	
	医療機関	名称			所在地			
		電話 ( )						
貸付申込額	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		
					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	単胎 ・ 多胎( 児)		備考				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関の名称・所在地 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。