

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。

組合員証	記号	番号	組合員氏名	(※) <small>(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>	
	申込者(組合員) 所属機関	(局・室・区) (部) (課)	電話 ()		
住所	〒 -		電話 ()		
組合員記入欄	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 (※) <small>(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>				

- * 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。