

課長	課長補佐	主幹	係長	係

出産貸付申込書

様式第1号の3

組合員証 記号番号	記号		番号				氏名		
資格取得	昭和 平成	年	月	日	生年月日	昭和 平成	年	月	日
住所					給料月額	円			
対象者	出産者	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 被扶養者		被扶養者の場合 右欄を記入		氏名 (扶養認定日 年 月 日)		続柄	
	申込理由	<input type="checkbox"/> ① 出産予定日まで2ヵ月以内(多胎妊娠の場合は4ヵ月以内)で費用が必要なため。 <input type="checkbox"/> ② 妊娠4ヵ月以上で医療機関等へ一時的な支払いが必要なため。							
	出産予定日	平成	年	月	日	胎児数	単胎・多胎(胎)		
	出産予定の場所	住所							
	医療機関名								
医師の証明欄	(出産者) _____ は { ① 出産予定日前2ヵ月(多胎の場合は4ヵ月)以内 ② 妊娠の日から4ヵ月以上経過 } に該当することを証明します。 平成 年 月 日 医師 印								
貸付申込額				000	円				
上記のとおり群馬県市町村職員共済組合貸付規則に基づいて資金を借り受けたいので申込みます。 群馬県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 年 月 日 申込者 印									
上記の申込内容について調査した結果、事実に相違なく、償還能力及び信用は确实なるものであることを認めます。 平成 年 月 日 所属所長 印									

添付書類：母子健康手帳の写し(表紙、妊娠中の経過、出産予定日が確認できるページ)

申込理由②の場合は、上記母子健康手帳の写しと医療機関等への一時的な支払いに係る請求書又は領収書の写しを添付してください。

担当者氏名

印

捨印



印