

課	長	補	佐	主	幹	担	当

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	年 月 日				生年月日	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	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 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">}</td> <td style="padding: 0 5px;">①出産予定日前2ヵ月(多胎の場合は4ヵ月)以内</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em;">}</td> <td style="padding: 0 5px;">②妊娠の日から4ヵ月以上経過</td> </tr> </table> に該当する ことを証明します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 年 月 日 医師 ㊟ </div>											}	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
}	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														
貸付申込額				0	0	0	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し込みます。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 群馬県市町村職員共済組合理事長 殿 年 月 日 申込者 ㊟ </div>															
上記の申込内容について確認した結果、上記申し込みは事実と相違なく、適正なものであることを認めます。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 所属所長 印 </div>															
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)							担当者氏名		㊟						
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。															

捨印