

組合員氏名		所 属 名	
職員コード		所属コード	
出 産 貸 付 申 込 書			
申込金額		千円	
※決定金額		千円	
出 産 者	氏 名	続柄	被扶養者認定日 (続柄が本人以外の場合に記入)
	出産予定日	妊 娠 月 単胎・多胎 (胎児数)	
申込事由			
貸付限度額	出産費・家族出産費 () ×胎児の数 () = 0千円		
受取金融機関	銀行 支店 (口座番号)		
<p>公立学校共済組合貸付規程に基づいて、上記の金額を借り受けたいので申し込みます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">公立学校共済組合新潟支部長 様</p>			
申 込 人	組合員又は任意継続組合員資格取得年月日		年 月 日
	申込時住所	〒 TEL	
	(フリガナ) 氏 名	Ⓜ (申込時年齢 満 歳)	
<p>上記の記載は、事実に相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 属 名 所 属 長 名</p> <p style="text-align: right;">職印</p>			

- 注 1. ※印欄は記入しないこと
 2. 妊娠4ヶ月以上とは、85日以上をいう。
 3. 所属長の印章は、公印とすること。(任意継続組合員は、この欄は必要としない)
 4. 申込人氏名は、自書すること。
 5. 日付は和暦で記入すること。

添付書類は下記のとおりです

■ 下記書類を、「出産貸付申込書」とともに福利課へ郵送してください。

出産予定日が2ヶ月以内のとき	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し（表紙部分） <input type="checkbox"/> 出産予定日まで2ヶ月以内であることを証明する書類（共済様式 88-1 号）※別シートを印刷して使用してください。
異常分娩等で医療機関等に支払いが必要になったとき	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し（表紙部分） <input type="checkbox"/> 妊娠4ヶ月以上であることを証明する書類（共済様式 88-1 号）※別シートを印刷して使用してください。 <input type="checkbox"/> 医療機関等からの一時的な支払いに要する費用の内訳のある請求書の写し又は領収書の写し

※ なお、共済様式 88-1 号については、病院所定の様式による出産（分娩）予定証明書等に代えることができます（ただし、共済様式 88-1 号の内容を満たすものであること）

証 明 書

- 1 出産者の氏名 _____ (年 月 日生)
- 2 妊娠中の場合
出産予定日 _____ 年 月 日
- 3 妊娠4ヵ月以上で異常分娩等した場合
死産・早流産等した日 _____ 年 月 日
- 4 単胎・多胎の別 単胎 多胎 (胎児の数: _____)

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

電 話 _____

医師又は助産師氏名 _____ 印

※日付は和暦で記入してください。