

平成 年 月 日

スズキ健康保険組合理事長 殿

「高額医療費資金貸付申込書」

所属事業所	所属長		代表者		
	組 合 審 査	担 当	課 長	事務長	常務理事

高額医療費の支払のため、下記の通り資金を貸し付けいただきたく申し込みを致します。

記

申 込 者	事業所名	(所属)				
	被保険者証 記号番号	—	入社年月日	昭和・平成 年 月 日		
	被保険者氏名	実印	生年月日	大正・昭和 年 月 日		
	現住所	〒 TEL () -				
連 帯 保 証 人	氏名	実印	申込者との関係			
	現住所	〒 TEL () -				
(1) 目的 (具体的に)	○ 病名、医療機関名等受診状況を詳しく記入して下さい。 ○ 受診者氏名〔 (本人との関係) 〕					
(2) 融資希望額	, 0 0 0 円		※融資決定額	, 0 0 0 円		
(3) 融資希望日	平成 年 月 日まで					
(4) 受領方法 (何れかに○ をつける)	a. 現金で受領(被保険者本人に限る。) b. 金融機関へ振込(振込先を記入。名義は被保険者本人に限る。)銀行.....支店 普通・当座 口座番号.....					

<注>

- ※欄は、記入しないでください。
- 提出経路 イ. スズキ株式会社 … (所属長 → 代表者(工場長・部長) → 健保組合)
ロ. その他の事業所 … (所属長 → 代表者(総務・経理責任者) → 健保組合)
- 支払医療機関の医療費請求書又は領収書を添付してください。
- 1名の連帯保証人を要します。
- 本人及び連帯保証人の印鑑証明書を添付してください。