

平成 年 6月 1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		
	担当	課長	事務長	常務理事	理事長
組合審査					

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	スズキ株式会社 (所属) セ力			
	被保険者証 記号番号	1 - 33333	入社年月日	昭和 平成 年 4月 1日	
	被保険者氏名	健保 太郎 実印	生年月日	大正 昭和 年 4月 2日	
	現住所	〒430-1111 浜松市 町 - TEL (053) 440 - 0000			
連 帯 保 証 人	氏名	健保 一太郎 実印	申込者との関係	父	
	現住所	〒430-9999 浜松市 丁目 - TEL (053) 555 - 9999			
(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〔 健保 浜子 (本人との関係 母) 〕 病院で、肝臓癌の病名にて入院中。				
(2) 融資希望額	500,000円	融資決定額	,000円		
(3) 融資希望日	平成 年 6月 15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。) 静岡 銀行 浜松 支店 普通 当座 口座番号 9999999				

<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。